

МЕНТАЛНОТО ЗДРАВЈЕ

НА АДОЛЕСЦЕНТИТЕ И НИВНИТЕ СТАРАТЕЛИ

ЗА ВРЕМЕ НА ПАНДЕМИЈАТА СО КОВИД-19 ВО СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА

МЕНТАЛНОТО ЗДРАВЈЕ
НА АДОЛЕСЦЕНТИТЕ И
НИВНИТЕ СТАРАТЕЛИ
ЗА ВРЕМЕ НА
ПАНДЕМИЈАТА СО КОВИД-19
ВО СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА

Финален извештај

Универзитетска клиника за психијатрија – Скопје
Универзитет „Св.Кирил и Методиј“, Скопје,
Република Северна Македонија

Оваа студија е изработена од ЈЗУ Универзитетска клиника за психијатрија – Скопје со поддршка од УНИЦЕФ и УСАИД. Ставовите на авторите изразени во оваа публикација не мора да ги одразуваат ставовите на УНИЦЕФ, Агенцијата на САД за меѓународен развој или на Владата на Соединетите Американски Држави.

Главен истражувач:

Доц д-р Стојан Бајрактаров, психијатар

Автори:

М-р Иво Куновски, спец. по мед. психологија

Д-р Марија Ралева, детски и адолесцентен психијатар

Д-р Ѓорѓи Калпак, доктор по медицина

Д-р Антони Новотни, психијатар

Д-р Бранко Стефановски, психијатар

Д-р Кадри Хаџихамза, психијатар

Анализа на податоци:

Проф. д-р Розалинда Исјановска, епидемиолог

Меѓународен консултант:

М-р Феликс Болински, Холандски институт за ментално здравје и зависности (Институт Тримбос), Универзитет ВУ во Амстердам

Советодавен одбор:

Проф. д-р Димитар Боневски, психијатар

Проф. д-р Виктор Исјановски, психијатар

Д-р Елизабет Мицева Величкоска, психијатар

Рецензентски одбор:

Проф. д-р Ана Фрицханд, психолог

Проф. д-р Билјана Блажевска-Стоилковска, психолог

Д-р Кнегиња Рихтер, психијатар

Благодарност

Истражувачкиот тим сака да им се заблагодари и да им оддаде признание за придонесот на сите учесници, адолесценти и старатели, на истражувачите кои ги собираа податоците и на целиот училиштен персонал вклучен во процесот на формирање на примерокот. Исто така, изразуваме благодарност и ја цениме помошта на Советодавниот одбор, кој обезбеди поддршка за истражувачките практики поврзани со безбедноста, етиката и со заштитата на податоците. Ја цениме помошта на Рецензентскиот одбор, кој даде поддршка во процесот на научно пишување. Исто така, сакаме да оддадеме признание за поддршката од меѓународниот консултант, одговорен за контрола на квалитетот во текот на истражувачкиот процес.

ЛИСТА НА КРАТЕНКИ

| | |
|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| КОВИД-19: | Коронавирусна болест |
| FCV-19S: | Fear of COVID-19 Scale (Скала на страв од КОВИД-19) |
| GAD-7: | Generalized Anxiety Disorder Assessment (Проценка на генерализирано анксиозно растројство) |
| GDPR: | Општа регулатива за заштита на податоци |
| ICAST: | ISPCAN Child Abuse Screening Tools (Алатки за проверка на злоупотреба на деца) |
| PHQ-9: | Patient Health Questionnaire (Прашалник за здравје на пациентите) |
| PHQ-A: | Patient Health Questionnaire - Modified for Adolescents (Прашалник за здравје на пациентите – модифициран за адолесценти) |
| УНЕФ: | Група за евалуација на ОН |
| УНИЦЕФ: | Детски фонд на Организацијата на Обединетите нации |
| СЗО: | Светска здравствена организација |
| WHOQOL-BREF: | WHO Quality of Life Scale (Скала на СЗО за квалитет на живот) |

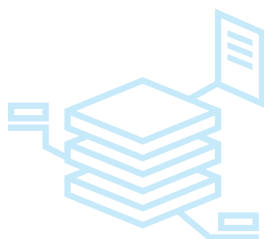
СОДРЖИНА

| | | |
|------------|-------------------------------------------------|-----------|
| | ИЗВРШНО РЕЗИМЕ | 8 |
| 1 | КОНТЕКСТ | 14 |
| 2 | ЦЕЛИ | 17 |
| 3 | МЕТОДОЛОГИЈА | 18 |
| 3.1 | Дизајн на студија | 18 |
| 3.2 | Учесници | 18 |
| 3.3 | Примерок за студијата | 19 |
| 3.4 | Постапки во студијата | 19 |
| 3.5 | Варијабли во студијата | 20 |
| | 3.5.1 Социодемографски податоци | 20 |
| | 3.5.2 Насилство | 20 |
| | 3.5.3 Ментално здравје | 20 |
| | 3.5.4 Страв од КОВИД-19 | 22 |
| | 3.5.5 Квалитет на живот | 22 |
| 3.6 | Статистичка анализа | 23 |
| 3.7 | Етички размислувања | 23 |
| | 3.7.1 Постапка за информирана согласност | 24 |

| | | | |
|-----|----------------------------------------|--------------------------------------------|----|
| | 3.7.2 | Следење на студијата | 24 |
| | 3.7.3 | Несакани настани | 25 |
| | 3.7.4 | Ракување со податоците и водење евиденција | 25 |
| | 3.7.5 | Контрола на квалитетот | 25 |
| | 3.7.6 | Финансиска поддршка | 25 |
| | 3.7.7 | Човекови права, детски права и род | 25 |
| 4. | РЕЗУЛТАТИ | | 26 |
| 4.1 | Социодемографски карактеристики | | 26 |
| 4.2 | Искуства со КОВИД-19 | | 29 |
| 4.3 | Ментално здравје | | 30 |
| | 4.3.1 | Депресија | 31 |
| | 4.3.2 | Анксиозност | 34 |
| | 4.3.3 | Страв од КОВИД-19 | 37 |
| 4.4 | Квалитет на живот | | 38 |
| | 4.4.1 | Општа перцепција за квалитетот на живот | 39 |
| | 4.4.2 | Општа перцепција за личното здравје | 41 |

| | | |
|-----------|-----------------------------------------------------------------|-----------|
| 4.4.3 | Физичко здравје | 43 |
| 4.4.4 | Психолошко здравје | 45 |
| 4.4.5 | Социјални односи | 47 |
| 4.4.6 | Животна средина | 49 |
| 5. | ДИСКУСИЈА | 52 |
| 6. | ОГРАНИЧУВАЊА НА СТУДИЈАТА | 60 |
| 7. | ЗАКЛУЧОЦИ | 62 |
| 8. | ПРЕПОРАКИ | 64 |
| 9. | КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА | 66 |
| | АНЕКСИ | 71 |
| | Анекс А – Почетен извештај | 71 |
| | Анекс Б – Инструменти на студијата | 82 |
| | Анекс Ц – Информативен леток (на македонски) | 91 |
| | Анекс Д – Услови за работа (ToR) на Советодавниот одбор | 96 |
| | Анекс Е – Услови за работа (ToR) на Рецензентскиот одбор | 97 |

ИЗВРШНО РЕЗИМЕ



КОНТЕКСТ

Сè поголем број истражувања покажуваат дека здравственото, социјалното и економското влијание од пандемијата со КОВИД-19 резултираше со загрижувачки психолошки ефекти врз општата популација и врз функционирањето на семејствата во светот. Вообичаените проблеми со менталното здравје, како што се депресијата и анксиозноста, се сметаат за една од водечките причини за попреченост на глобално ниво. Ваквите проблеми имаат изразено негативни последици по физичкото и по менталното здравје на поединците, но и по националните здравствено-социјални системи.

Бројни студии укажуваат на зголемување на стапката на проблеми со менталното здравје за време на пандемијата со КОВИД-19, при што адолесцентите се сметаат за особено ранлива група во оваа смисла. Покрај менталното здравје на адолесцентите, од големо значење е да се разгледа и менталното здравје на нивните старатели. Пандемијата со КОВИД-19 придонесе за спроведување на значителен број студии кои ги испитуваат нејзините ефекти врз менталното здравје, но повеќето истражувања сè уште се спроведуваат во земјите со висок приход. Затоа, има малку информации за состојбата со менталното здравје на адолесцентите и на нивните старатели во земјите со низок и со среден приход. Вакво истражување до сега не е направено во Северна Македонија.

ЦЕЛИ

Оваа студија имаше за цел да собере податоци за социодемографските карактеристики и за менталното здравје на адолесцентите и на нивните старатели во контекст на воспоставените рестриктивни мерки како одговор на пандемијата со КОВИД-19 во земјата. Податоците беа обработени за да се утврдат стапките на застапеност и факторите на ризик поврзани со нарушеното ментално здравје и квалитетот на живот кај адолесцентите и кај нивните старатели. Поконкретно, студијата има за цел да ја утврди стапката на вообичаени проблеми со менталното здравје меѓу адолесцентите и нивните старатели, да ги идентификува факторите на ризик поврзани со честите психолошки проблеми и со нарушениот квалитет на живот, како и да понуди препораки за развој на стратегии за промоција, превенција и за рана интервенција.

Студијата има за цел да придонесе за јавно-здравствениот пристап кон проблемот со менталното здравје на децата и на адолесцентите и да ја подобри семејната добросостојба, како и дополнително да поттикне развивање политики и примена на интервенции засновани на докази во секторите здравство, образование и социјална работа. Целните групи на оваа студија се креаторите на политики во Министерството за здравство, Министерството за образование, Министерството за труд и социјална политика, органите на локалната самоуправа, стручните лица од областа на менталното здравје, социјалните работници, наставниците, родителите/старателите и граѓанските организации.

МЕТОДОЛОГИЈА

Студијата ја спроведе ЈЗУ Универзитетска клиника за психијатрија – Скопје, во соработка со УНИЦЕФ и со Министерството за образование и наука. Во студијата по случаен избор беше вклучен репрезентативен примерок на адолесценти од основните и од средните училишта (на возраст од 12 до 18 години) и по еден од нивните старатели. Примерокот се состоеше од 506 адолесценти (31,4% машки, 68,6% женски) и 492 старатели (29,9% машки, 70,1% женски). Студијата го примени препорачаниот методолошки пристап од УНИЦЕФ за проценка на менталното здравје кај адолесцентите на популациско ниво. Беше применет сет од прашалници за да се добијат информации за социодемографските карактеристики, проблемите со менталното здравје, семејното насилство и квалитетот на живот на испитаниците. Податоците беа анализирани дескриптивно и со непараметриски тестови за поврзаност меѓу социодемографските податоци, менталното здравје, искуствата за време на пандемијата, стравот од КОВИД-19 и квалитетот на живот.

РЕЗУЛТАТИ

Значително повеќе испитаници беа од женски пол, кои живеат во урбана средина и се изјаснија како Македонци. Исто така, мнозинството од старателите беа вработени и со завршено средно образование. За време на пандемијата со КОВИД-19, испитаниците изјавија дека имале најголема поддршка од членовите на семејството, додека повеќето адолесценти имале поддршка од пријателите. Значително повеќе адолесценти (7,7%), во споредба со старателите (4,5%), изјавија дека имаат потреба од помош и од поддршка од областа на менталното здравје. Но, повеќе од половина од оние на кои им била потребна помош и поддршка од областа на менталното здравје, не ја побарале.

Во однос на семејното насилство, 10,9% од старателите изјавија за изложеност на физичко насилство од партнерот, а 33% од старателите изјавија изложеност на емоционално насилство. За насилство врз децата, 5,7% од старателите дадоа податок дека ги турнале или удриле своите деца, додека 37,5% дадоа податок дека им викале и ги навредувале своите деца во текот на изминатиот месец. Сепак, мнозинството родители (64,8%) изјавија дека користеле разговор за да ги надминат проблемите со своите деца.

Депресијата беше присутна кај 10,4% од старателите, а 22% изјавија за присуство на самоповредувачки мисли. Речиси 30% од адолесцентите имаа умерени до тешки симптоми на депресија. Самоповредувачки мисли се регистрирани кај повеќе од една четвртина од адолесцентите (25,5%), додека во последниот месец, 8,7% од адолесцентите изјавија за постоење на мисли за самоповредување. Дополнително, 42,1% од адолесцентите изјавија за постоење на умерени до тешки симптоми на анксиозност. Стравот од КОВИД-19 беше значително поголем кај старателите од женски пол, кај оние со високо образование и кај вработените старатели. Исто така, стравот од КОВИД-19 беше значително поголем кај помладите адолесценти и кај оние од женски пол. Сите овие резултати покажуваат дека во споредба со возрасните, адолесцентите значително повеќе страдаат од депресија, анксиозност, самоповредувачки мисли, нарушено функционирање поврзано со депресија и страв од КОВИД-19.

Кај старателите, интензитетот на симптомите на депресија беше поголем кај испитаниците од женски пол, кај оние кои живеат во урбани средини, имаат високо образование и кои се невработени. Исто така, депресивните симптоми беа значително посериозни кај старателите кои живеат со член на семејството со хронична болест, кај оние изложени на физичко и вербално насилство, како и кај старателите кои имале потреба од помош и поддршка од областа на менталното здравје. Кај адолесцентите, интензитетот на депресивните симптоми беше значително повисок кај оние од женски пол, постарите адолесценти, оние кои живеат со член на семејството со хронична болест, оние кои имале потреба од помош и поддршка од областа на менталното здравје, како и кај адолесцентите изложени на физичко и вербално насилство. Депресијата беше повисока кај адолесцентите од урбаните средини и кај оние кои припаѓаат на помалите етнички групи.

Застапеноста на анксиозноста покажува слични тенденции во однос на социодемографските карактеристики. Интензитетот на симптомите на анксиозност беше значително повисок кај старателите од женски пол, кај старателите кои живеат во урбани средини и кај оние кои изјавија за изложеност на вербално насилство. Анксиозноста беше поизразена и кај старателите кои се невработени, кои живеат со член на семејството со хронична болест, кои имале потреба од помош и поддршка од областа на менталното здравје и кај оние кои изјавија за изложеност на физичко насилство. Кај адолесцентите, анксиозноста беше значително повисока кај оние од женски пол, постарите адолесценти, оние кои изјавиле дека имаат хронично болен член на семејството, оние кои имале потреба од помош и поддршка од областа на менталното здравје, како и меѓу адолесцентите кои биле изложени на физичко и вербално насилство. Исто така, анксиозноста беше поизразена кај адолесцентите од урбаните средини и кај адолесцентите кои припаѓаат на помалите етнички групи.

Општата перцепција за квалитет на живот беше значително повисока кај старателите со високо образование, кај вработените и кај оние кои немале потреба од помош и поддршка од областа на менталното здравје. Општата перцепција за квалитетот на живот беше пониска кај старателите кои живеат со член на семејството со хронична болест, кај старателите кои биле изложени на физичко насилство и

значително пониска кај оние изложени на вербално насилство. Исто така, општата перцепција за квалитетот на живот беше значително повисока кај адолесцентите од машки пол и кај адолесцентите Македонци и Албанци, но беше најниска кај адолесцентите од другите етнички групи. Општата перцепција за квалитетот на живот беше значително пониска кај адолесцентите кои живеат со член на семејството со хронична болест, кај адолесцентите кои имале потреба од помош и од поддршка од областа на менталното здравје, како и кај адолесцентите изложени на физичко и вербално насилство.

ДИСКУСИЈА И ЗАКЛУЧОЦИ

Резултатите од нашата студија ги потврдија заклучоците од студиите спроведени во други контексти за време на пандемијата на КОВИД-19. Општо, адолесцентната популација доживува поизразени проблеми во секојдневниот живот во споредба со возрасните. Депресијата и анксиозноста се зголемија за време на пандемијата, веројатно како резултат на продолжената социјална изолација, затворањето на училиштата, нарушувањето на слободните активности, интересите и спортот, а и сè поголемото свртување кон онлајн-активности. Неизвесноста, нарушувањето на секојдневните навики, грижата за здравјето и добросостојбата на семејството и најблиските и губењето на блиски членови од семејството поради смрт за време на пандемијата, се асоцирани со зголемување на симптомите на анксиозност и депресија кај младите.

Како и во други студии во светот, оваа студија покажува дека девојчињата се позасегнати од анксиозност и од депресивни симптоми во споредба со момчињата, што може да се должи на биолошката подложност, пониската самоверба, повисоките стапки и поголемата ранливост на насилство, како и на социјалните нееднаквости. Исто така, постарите адолесценти може да бидат позасегнати поради биолошките промени во пубертетот и хормонските промени кои влијаат врз активноста на мозокот, а дополнително и поради социјалните фактори, како што се изолацијата и физичкото дистанцирање, кои им ги нарушија односите со врстниците. Исто така, неповолните семејни фактори може негативно да придонесат кон нарушено ментално здравје, што потенцијално може да доведе до повисоки стапки на депресија и анксиозност. Ова беше особено нагласено кај адолесцентите кои живеат со член на семејството со хронична болест, оние кои беа изложени на физичко или емоционално насилство или на оние кои имале потреба од помош и поддршка од областа на менталното здравје, а не ја добиле.

Перцепцијата за квалитетот на животот ги одразува постојните социјални, економски, етнички и родови нееднаквости, кои беа особено нагласени за време на пандемијата со КОВИД-19. Како што беше претходно покажано, изложеноста на насилство се покажа како значаен фактор на ризик за квалитетот на животот и личното здравје, како кај старателите така и кај адолесцентите.

ПРЕПОРАКИ

Во согласност со наодите, понудени се следниве препораки:

1. Изработка и имплементација на национална стратегија и акционен план за промоција на менталното здравје и превенција на нарушувањата на менталното здравје на децата и адолесцентите, со особен акцент на родовите и другите специфичности, како и децата и адолесцентите во социјален ризик и оние со попреченост;

Примарна/универзална превенција:

- Подигање на свеста и спроведување јавни кампањи за промоција на менталното здравје на децата и адолесцентите, намалување на стигмата поврзана со засегање на менталното здравје и со барањето помош и поддршка;
- Спроведување програми за промоција на менталното здравје и за превенција на проблемите со ментално здравје кај децата и адолесцентите во примарната здравствена заштита, во основните и во средните училишта, во руралните средини, меѓу етничките групи;
- Спроведување родово сензитивни програми за превенција на депресија, анксиозност, суицидалност и самоповредување кај децата и адолесцентите во основните и во средните училишта (со посебен фокус врз родовите разлики и различните културни и родови потреби, како и во справувањето со депресијата и анксиозноста, особено кај девојчињата и кај младите жени);

Селективна превенција:

- Поддршка и развивање различни модалитети на услуги за менталното здравје на децата и младите, и зајакнување на постоечките;
- Развивање и обезбедување достапност на технолошки-поткрепени услуги за менталното здравје за децата и за младите (дигитални програми за справување со стрес и негативни животни настани, онлајн психолошко советување, телепсихолошка помош и сл);
- Следење на ранливите категории деца и адолесценти, особено оние кои живеат во семејства со членови кои имаат хронични ментални болести, како и деца и адолесценти кои имале потреба или побарале помош и деца и адолесценти изложени на насилство;
- Креирање програми за врсничка поддршка и советување меѓу младите и за јакнење на позитивните односи меѓу врсниците;
- Приспособување на технолошки-поткрепените програми за ментално здравје за да се подобри пристапот до грижа за старателите и за младите.

2. Превенција на насилство врз и меѓу деца и млади во сите средини
3. Развивање, адаптација, евалуација и поддршка на програми за родителство засновани на докази како примарни превентивни програми за унапредување на детското и адолесцентно ментално здравје и превенција на насилство врз деца и врз адолесценти;
 - Спроведување програми за семејна поддршка кои ќе вклучуваат родители/старатели на деца од различна возраст, со фокус на социо-емоционалниот развој, односот родител-дете, како и поддршка на здрави животни стилови, градење резилентност и користење ненасилни дисциплински пристапи;
 - Изработка на национални програми за родителски вештини и компетенции на родители на деца до 9 години, помлади адолесценти до 14 години и постари адолесценти до 18 години.
4. Зајакнување на соработката меѓу институциите и службите вклучени во здравствената и социјалната заштита, образованието, владините и граѓанските организации и други засегнати групи (пр. младински организации, родители/старатели и сл.), во правец на застапување, поддршка и усвојување на здравствени политики на локално и на национално ниво, насочени кон добросостојбата на децата и адолесцентите, како и кон добросостојбата на нивните семејства;
5. Зајакнување на капацитетите за собирање податоци и проценка на потребите, преку континуиран развој и поддршка на интегриран систем за следење на менталното здравје на децата и на адолесцентите преку националниот електронски систем (МојТермин), кој го води Управата за електронско здравство при Министерството за здравство.

1. КОНТЕКСТ



СЗО ја прогласи новата коронавирусна болест (КОВИД-19) за пандемија на 11 март 2020 година. Потоа, земјите во светот почнаа да преземаат мерки за социјално ограничување, воведувајќи правила за социјално дистанцирање и карантини, со цел да се намали ширењето на вирусот. Скорешната научна литература покажува дека здравственото, социјалното и финансиското влијание на КОВИД-19 довело со загрижувачки психолошки ефекти врз општата популација и врз функционирањето на семејствата низ светот¹. Најчести психолошки симптоми се анксиозност и депресија, при што адолесцентите се посочени како особено ранлива група за развивање ментално-здравствени проблеми². Неодамнешните истражувања покажуваат дека проценката на ефектите од пандемијата со КОВИД-19 врз семејствата е важна алатка за планирање адекватен одговор на здравствените кризи³.

Вообичаените проблеми со менталното здравје, како што се депресијата и анксиозноста, се сметаат за една од водечките причини за болести во светот⁴. Пред почетокот на пандемијата со КОВИД-19, епидемиолошките студии ја проценувале стапката на застапеност на анксиозност и депресија до 20,8%, а стапката на застапеност само на анксиозност до 28,8%⁵. Во однос на застапеноста, истражувањето посочува дека жените информираат за повисоки стапки на депресија⁶ и на анксиозност⁷, во споредба со мажите. Но, дополнителните социодемографски фактори

- 1 Necho M, Tsehay M, Birkie M, Biset G, Tadesse E. Prevalence of anxiety, depression, and psychological distress among the general population during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Social Psychiatry*. 2021; 67(7): 892-906.
- 2 Merikangas KR, Nakamura EF, Kessler RC. Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in clinical neuroscience*. 2022.
- 3 Solmi M, Estradé A, Thompson T, Agorastos A, Radua J, Cortese S, Dragioti E, Leisch F, Vancampfort D, Thygesen LC, Aschauer H. Physical and mental health impact of COVID-19 on children, adolescents, and their families: The Collaborative Outcomes study on Health and Functioning during Infection Times-Children and Adolescents (COH-FIT-C&A). *Journal of Affective Disorders*. 2022; 299: 367-76.
- 4 GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020; 396(10258): 1204-1222
- 5 Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry* (Кеслер РЦ, Берглунд П, Демлер О и сор. Доживотна преваленца и дистрибуција според возраст на почетокот на нарушувањата од ДСМ-IV. 2005; 62(6): 593-602.
- 6 Liu Q, He H, Yang J, et al. Changes in the global burden of depression from 1990 to 2017: Findings from the Global Burden of Disease study. *J Psychiatr Res*. 2020; 126; 134-140.
- 7 Yang X, Fang Y, Chen H. Global, regional and national burden of anxiety disorders from 1990 to 2019: results from the Global Burden of Disease Study 2019. *Epidemiology and psychiatric sciences*. 2021; 30: e36.

на ризик, како што е рурално наспроти урбано живеење, покажуваат понедоследна поврзаност⁸.

Достапната литература укажува дека психолошките нарушувања, како што се анксиозноста и депресијата, може да доведат до зголемен ризик од кардиоваскуларни заболувања и самоубиство⁹. На општествено ниво, овие проблеми се поврзани со значителни финансиски импликации, главно поради губење на продуктивноста, како и значителни трошоци за здравствениот систем¹⁰. Ова е случај дури и кај супклиничките форми на депресија¹¹. Податоците покажуваат дека пандемијата со КОВИД-19 веројатно ги интензивирала ваквите проблеми. Некои студии ги нагласуваат директните ефекти од пандемијата, што доведоа до економска прераспределба на средствата во области поврзани со пандемијата, како и на нејзините индиректни ефекти преку бројните мерки што беа воспоставени за да се спречи ширењето на вирусот, како на пр., карантини и физичко дистанцирање. Се очекува овие промени и натаму да влијаат со долгорочни последици врз економската стабилност и вработувањето на граѓаните¹².

Бројни студии укажуваат на зголемена стапка на проблеми со менталното здравје за време на пандемијата, а адолесцентите се сметаат за особено ранлива категорија во поглед на нарушеното ментално здравје. Причината за тоа не се само ефектите од пандемијата, која несразмерно ги погоди младите¹³, туку и фактот што психолошките нарушувања главно се развиваат и го достигнуваат својот врв во

8 Purtle J, Nelson KL, Yang Y, et al. Urban–rural differences in older adult depression: A systematic review and meta-analysis of comparative studies. *American Journal of Preventive Medicine*. 2019; 56(4): 603-613.

9 Lever-van Milligen BA, Verhoeven JE, Schmaal L, et al. The impact of depression and anxiety treatment on biological aging and metabolic stress: study protocol of the Mood treatment with antidepressants or running (MOTAR) study. *BMC Psychiatry*. 2019; 19(1): 425.

10 König H, König HH, Konnopka A. The excess costs of depression: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiology and psychiatric sciences*. 2019; 29: e30.

11 Cuijpers P, Smit F, Oostenbrink J, et al. Economic costs of minor depression: a population-based study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2007; 115(3): 229-236.

12 Santomauro DF, Mantilla Herrera AM, Shadid J, et al. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*. 2021; 398(10312): 1700-1712.

13 Hafstad GS, Augusti EM. A lost generation? COVID-19 and adolescent mental health. *The Lancet Psychiatry*. 2021; 8(8): 640-641.

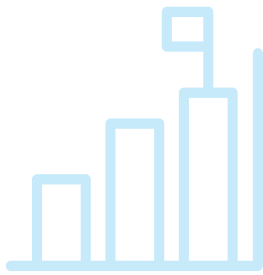
развојниот период од раната до доцната адолесценција¹⁴. Кумулативните ефекти на овие фактори претставуваат значителен ризик за нагло и континуирано зголемување на проблемите со менталното здравје на адолесцентите.

Неодамна објавените научни истражувања укажуваат на негативното влијание од пандемијата со КОВИД-19, поточно, зголемената застапеност на проблеми со менталното здравје поради социјална изолација и осаменост. Според една мулти-центрична студија¹⁵, спроведена во 11 земји, вклучително и во Северна Македонија, постои статистички значајна корелација меѓу личната изложеност на вирусот КОВИД-19 и појавата на симптоми на депресија и на анксиозност кај возрасната популација. Освен тоа, ставовите на адолесцентите за пандемијата со КОВИД-19 во Канада¹⁶, укажуваат на тоа дека таа предизвикала силно емоционално влијание преку дистанцирање од пријателите и од членовите на поширокото семејство, намалени училишни и активности надвор, особено во моментите кога децата преоѓаат од основно во средно училиште.

Покрај претходно споменатите фактори на влијание кои придонесуваат за чести проблеми со менталното здравје кај адолесцентите, исклучително е важно да се земе предвид менталното здравје на нивните родители и на законските старатели. За жал, повеќето истражувања на оваа тема се спроведуваат во земјите со висок приход¹⁷. Пандемијата со КОВИД-19 придонесе за изработка на значителен број студии кои ги испитуваат ефектите од пандемијата врз менталното здравје кај конкретни социјално-здравствени групи, како што се здравствените работници¹⁸ и учениците¹⁹. Но, има малку информации за состојбата на менталното здравје на адолесцентите и на нивните старатели. Соодветната проценка на распространетоста на вообичаените проблеми со менталното здравје е особено важна за изработка на здравствени политики засновани на докази. Освен тоа, идентификацијата на социодемографските фактори на ризик поврзани со проблемите на менталното здравје овозможува развивање насочен пристап кон лекувањето и распределбата на ресурсите во здравствено-социјалниот сектор.

-
- 14 Auerbach RP, Mortier P, Bruffaerts R, et al. WHO World Mental Health Surveys International College Student Project: Prevalence and distribution of mental disorders. *J Abnorm Psychol.* 2018; 127(7): 623-638.
 - 15 Ding K, Yang J, Chin MK, Sullivan L, Demirhan G, Violant-Holz V, Uvinha RR, Dai J, Xu X, Popeska B, Mladenova Z. Mental health among adults during the COVID-19 pandemic lockdown: a cross-sectional multi-country comparison. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 2021;18(5): 2686.
 - 16 Ramey HL, Lawford HL, Berardini Y, Caimano S, Epp S, Edwards C, Wolff L. It's Difficult to Grow Up in an Apocalypse: Children's and adolescents' experiences, perceptions and opinions on the COVID-19 pandemic in Canada. *Innocenti Research Report, UNICEF Office of Research - Innocenti, Florence.* 2022.
 - 17 Wainberg, M. L., Scorza, P., Shultz, J. M., et al. Challenges and Opportunities in Global Mental Health: a Research-to-Practice Perspective. *Curr Psychiatry Rep.* 2017; 19(5): 28.
 - 18 Ristevska-Dimitrovska G, Batic D. The impact of COVID-19 on mental health of healthcare workers and police/army forces in the Republic of North Macedonia. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2020; 40: S479.
 - 19 Mancevska S, Gligoroska JP, Velickovska LA. Levels of anxiety and depression in second year medical students during COVID-19 pandemic spring lockdown in Skopje, North Macedonia. *Research in Physical Education, Sport and Health.* 2020.

2. ЦЕЛИ



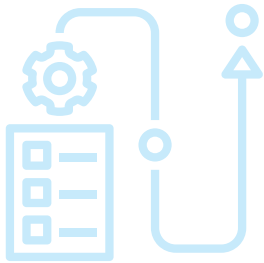
Целта на студијата беше да се соберат податоци за социодемографските карактеристики и менталното здравје на адолесцентите и на нивните старатели за време на пандемијата со КОВИД-19 во Северна Македонија. Податоците беа обработени за да се утврдат стапките на застапеност и факторите на ризик за нарушено ментално здравје и квалитет на живот кај адолесцентите и кај нивните старатели на национално ниво. Освен тоа, покрај родовата перспектива, извештајот се осврнува на прашања директно поврзани со детските права, имено правата на недискриминација (на пр., врз основа на животната средина, социо-економското потекло) и насилство.

Добиените податоци може да понудат насоки базирани на докази за градење на здравствени, социјални, образовни и економски политики и активности за унапредување на менталното здравје на децата, адолесцентите и на нивните семејства. Од особена важност е вклучување на клучните сектори (Министерство за здравство, Министерство за труд и социјална политика, Министерство за образование и наука, Министерство за финансии, граѓански и професионални организации) во дискусија и операционализација на резултатите и на препораките од студијата.

Студијата ги има следните специфични цели:

1. Да се утврди стапката на чести ментални нарушувања кај адолесцентите и кај нивните старатели;
2. Идентификација на фактори на ризик поврзани со чести ментални нарушувања кај адолесцентите и кај нивните старатели;
3. Идентификација на фактори на ризик поврзани со нарушен квалитет на живот кај адолесцентите и кај нивните старатели;
4. Предлог-препораки за изработка на стратегии за унапредување, превенција и интервенција.

3. МЕТОДОЛОГИЈА



3.1 ДИЗАЈН НА СТУДИЈА

Спроведеното истражување претставува вкрстена студија на национално репрезентативен примерок на деца и на адолесценти и на нивните старатели во Северна Македонија. Во соработка со Бирото за развој на образованието, беа избрани учесници преку основните и средните училишта од различни региони во земјата, при што беа опфатени адолесценти и старатели од различни социоекономски средини. Во однос на возрастните групи, од основните училишта беа избрани адолесценти на возраст од 12 до 14 години (VII-IX одделение), додека од средните училишта беа избрани адолесценти на возраст од 15 до 18 години (I-IV година).

Студијата ја водеа истражувачи за ментално здравје од Универзитетската клиника за психијатрија – Скопје, како и епидемиолог од Институтот за епидемиологија и биостатистика со медицинска информатика. Вкупно 20 теренски истражувачи беа обучени од истражувачите за ментално здравје и беа вклучени во обезбедување информирана согласност, како и во собирање и внесување податоци. Теренските истражувачи беа специјализанти по психијатрија и клиничка психологија. Тие имаа задача да им бидат достапни на учесниците преку телефон или лице в лице заради поддршка при постапките за информирана согласност и пополнување на прашалникот.

3.2 УЧЕСНИЦИ

Примерокот опфати адолесценти и нивни старатели. Адолесцентите и старателите беа вклучени во студијата доколку ги исполнуваа следниве критериуми:

1. Адолесцент на возраст од 12 до 18 години и родител/старател на возраст ≥ 18 години;
2. Давање писмена информирана согласност;
3. Учесниците мора да бидат жители на Северна Македонија;

4. Адолесцентите треба да живеат во исто домаќинство со родителот/старателот;
5. Учесниците имаат пристап до телефон;
6. Учесниците мора да зборуваат македонски, албански или турски јазик.

3.3 ПРИМЕРОК ЗА СТУДИЈАТА

Пресметката на минималната големина на примерокот за епидемиолошката студија беше врз основа на очекувана стапка на застапеност на вообичаени ментални нарушувања во земјите со низок и среден приход од 30% со прецизност $\tau_2 = 0,05$ и степен на сигурност $\alpha = 0,05$. Затоа, студијата имаше за цел да собере податоци од минимум 646 учесници (323 старатели, 323 адолесценти), кои се сметаат како адекватни за да се идентификуваат и факторите на ризик. Но, предвидувајќи стапка на откажување од 30%, примерокот беше зголемен на околу 840 учесници (420 старатели, 420 адолесценти), што се смета за изводлив примерок, врз основа на вкупниот број од 144.855 адолесценти на возраст од 12 до 18 години кои живеат во Северна Македонија²⁰. Конечниот примерок во студијата опфати 506 адолесценти и 492 старатели.

3.4 ПОСТАПКИ ВО СТУДИЈАТА

Студијата беше спроведена со помош на неколку востановени прашалници, кои беа преведени на македонски, албански и на турски јазик. Транскултурниот превод и адаптацијата на прашалниците го следеше препорачаниот Методолошки пристап за мерење на менталното здравје кај адолесцентите на ниво на популација²¹. Се состоеше од следниве чекори: превод и адаптација од двојазични истражувачи, преглед од страна на експерт од областа на менталното здравје, дискусии во фокус-групи, интеграција на квалитативни податоци, како и интервјуа направени со експерти од областа на менталното здравје. На крајот, пред прашалниците да се употребат во студијата, тие беа претходно тестирани заедно со постапката за собирање податоци во една паралелка во средно училиште во Скопје. Врз основа на искуствата и собраните податоци, истражувачкиот тим направи минимална адаптација на првичниот дизајн и на планираните постапки.

Информациите за студијата беа споделени со адолесцентите и со старателите од страна на теренските истражувачи. Претставниците од Бирото за развој на образованието, наставниците и стручните соработници во училиштата, адолесцентите и старателите беа информирани за целите на студијата и за планираните постапки

20 Државен завод за статистика на Република Северна Македонија. Попис на населението, домаќинствата и становите во Република Северна Македонија. 2021; makstat.gov.mk

21 Carvajal L, Ahs JW, Requejo JH, Kieling C, Lundin A, Kumar M, Luitel NP, Marlow M, Skeen S, Tomlinson M, Kohrt BA. Measurement of Mental Health Among Adolescents at the Population Level: A Multicountry Protocol for Adaptation and Validation of Mental Health Measures. *Journal of Adolescent Health*. 2022.

пред процесот на собирање податоци. Бирото даде предлози за формулација на конкретни прашања од прашалниците, а во врска со самоповредување и квалитетот на сексуалните односи, кои беа вградени во последната батерија прашалници.

Теренските истражувачи прво собраа основни информации за контакт (име, телефонски број и/или е-пошта) од адолесцентите и од старателите кои потпишаа информирана согласност. Добиените лични податоци, како што се имиња и информации за контакт, беа користени исклучиво за контактирање со учесниците и се чуваа одделно од податоците за главните резултати од студијата. Веднаш по добивањето информирана согласност, на учесниците им беше дистрибуиран прашалник во вид на формулар на хартија, кој по пополнувањето беше собран од теренските истражувачи. Одговорите од адолесцентите и од нивните старатели беа поврзани со единствени нумерички кодови, кои не беа поврзани со личните податоци на учесниците.

3.5 ВАРИЈАБЛИ ВО СТУДИЈАТА

3.5.1 СОЦИОДЕМОГРАФСКИ ПОДАТОЦИ

Социодемографските информации беа собрани преку прашалници пополнети од самите адолесценти и старатели. Собрани се податоци за возраста, полот, местото на живеење, етничката припадност, степенот на образование, работниот статус, бројот на лица во домаќинството, присуството на хронични соматски заболувања во семејството, како и потребата од услуги за ментално здравје во време на пандемијата. Старателите беа замолени и да ја посочат својата врска со адолесцентот вклучен во студијата.

3.5.2 НАСИЛСТВО

Од учесниците беше побарано да ги посочат искуствата и зачестеноста на меѓупартнерското насилство во семејството и насилството врз децата. За оваа цел се користеше адаптирана и скратена верзија на Алатката за проценка на злоупотреба на деца (ICAST; ISPCAN Алатки за проценка на злоупотреба на деца)²². ICAST е меѓународно потврдена истражувачка алатка во областа на детската виктимизација. Алатката се состои од структурирани прашања за чести или сериозни негативни искуства кај децата, како што се различни родителски практики, физичко и психолошко насилство, и разни форми на злоупотреба и запоставување. Развиени се три верзии на алатката, вклучувајќи верзија за старатели, верзија за деца над 11-годишна возраст и ретроспективна верзија за млади возрасни.

22 World Health Organization. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. World Health Organization; 2006.

3.5.3 МЕНТАЛНО ЗДРАВЈЕ

Присуството и сериозноста на симптомите на депресија кај старателите беше проценето со скратена форма на Прашалникот за здравје на пациентите (PHQ-9; Прашалник за здравје на пациентите)²³. PHQ-9 е прашалник за самоизвестување осмислен да ги идентификува депресивните симптоми кај возрасните. Прашалникот содржи девет прашања со одговори на Ликертова скала од четири точки кои се движат од „воопшто не“ до „речиси секојдневно“. Вкупните резултати се движат од 0 до 27, при што повисоките резултати укажуваат на потешки депресивни симптоми. Утврдени се пресечни резултати за различен интензитет на симптоми на депресија: нема симптоми (0-4), благи (5-9), умерени (10-14), умерено тешки (15-19), тешки (20-27). Присуството на депресија се утврдува со добивање оценка од 8 или повеќе²⁴. Прашалникот содржи и прашања за утврдување присуство и интензитет на самоповредувачки идеи и однесување. Во оваа студија, беше утврдено дека внатрешната конзистентност на PHQ изнесува $\alpha=0,83$.

Присуството и сериозноста на адолесцентните депресивни симптоми беа оценети со адолесцентната верзија на Прашалникот за здравје на пациентите (PHQ-A; Прашалник за здравје на пациентите - модифициран за адолесценти)²⁵. PHQ-A е прашалник за самопроценка развиен за адолесценти над 11-годишна возраст и ја следи структурата на PHQ-9 за возрасни, вклучувајќи ги и граничните резултати. Меѓутоа, во адолесцентната верзија, потенцијалното присуство на клиничка депресија се утврдува со резултат од 10 или повеќе²⁶. Исто така, со PHQ-A се проценува траењето на симптомите на депресија во текот на годината, нарушеното функционирање предизвикано од депресија, и самоповредувачките идеи и однесување. Во оваа студија, беше утврдено дека внатрешната конзистентност на PHQ-A е $\alpha=0,86$.

Присуството и сериозноста на симптомите на анксиозност кај адолесцентите и кај старателите беа проценувани со Прашалникот за генерализирана анксиозност. (GAD-7; Проценка на генерализирано анксиозно растројство)²⁷. GAD-7 е прашалник за самоизвестување и е дизајниран за да се идентификуваат симптоми на анксиозност кај адолесцентите и кај возрасните. Прашалникот содржи седум прашања со одговори на Ликертова скала од четири точки кои се движат од „воопшто не“ до „речиси секојдневно“. Вкупните резултати се движат од 0 до 21, при што повисоките резултати укажуваат на потешки симптоми на анксиозност. Утврдени се следниве гранични резултати за различен интензитет на симптоми на анксиозност:

-
- 23 Kroenke K, Spitzer RL. The PHQ-9: a new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatric annals*. 2002; 32(9): 509-15.
 - 24 Manea L, Gilbody S, McMillan D. Optimal cut-off score for diagnosing depression with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): a meta-analysis. *Cmaj*. 2012; 184(3): 191-6.
 - 25 Johnson JG, Harris ES, Spitzer RL, Williams JB. The patient health questionnaire for adolescents: validation of an instrument for the assessment of mental disorders among adolescent primary care patients. *Journal of Adolescent Health*. 2002; 30(3): 196-204.
 - 26 Nandakumar AL, Vande Voort JL, Nakonezny PA, Orth SS, Romanowicz M, Sonmez AI, Ward JA, Rackley SJ, Huxsahl JE, Croarkin PE. Psychometric properties of the patient health questionnaire-9 modified for major depressive disorder in adolescents. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*. 2019; 29(1): 34-40.
 - 27 Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*. 2006; 166(10): 1092-7.

нема симптоми (0-4), благи (5-9), умерени (10-14), тешки (15-21). Потенцијалното присуство на клиничко анксиозно растројство се утврдува со добивање оценка од 10 или повеќе. Во оваа студија, коефициентот на сигурност на GAD-7 забележан во субпримероци на адолесценти и на старатели имаше вредност од $\alpha=0,89$ и $\alpha=0,88$, соодветно.

3.5.4 СТРАВ ОД КОВИД-19

Стравот поврзан со пандемијата со КОВИД-19 беше проценуван со скалата на страв од КОВИД-19 (FCV-19S; скала на страв од КОВИД-19)²⁸. FCV-19S е прашалник за самопроценка на ставовите и искуствата поврзани со КОВИД-19. Тој се состои од седум прашања со одговори на петстепен Ликертова скала, кои се движат од „воопшто не се согласувам“ до „сосем се согласувам“. Вкупните резултати се движат од 7 до 35, при што повисоките резултати укажуваат на повисок степен на страв поврзан со вирусот. Прашалникот беше употребен за да се процени стравот од вирусот кај адолесцентите и кај старателите. Внатрешната конзистентност на оваа скала изнесуваше $\alpha=0,86$ на субпримерокот од адолесценти и $\alpha=0,92$ на субпримерокот од старатели.

3.5.5 КВАЛИТЕТ НА ЖИВОТ

Субјективното доживување за квалитетот на животот беше проценувано со самоизвестувачката скратена форма на скалата на СЗО за квалитет на живот. (WHOQOL-BREF; Скала на СЗО за квалитет на живот)²⁹. WHOQOL-BREF е прашалник за самопроценка на квалитетот на животот. Прашалникот се состои од 26 прашања со одговори на петстепен Ликертова скала кои се движат од „не се согласувам“ до „сосем се согласувам“. Квалитетот на животот се одредува во однос на четири домени: физичко здравје (7 прашања), психолошко здравје (6 прашања), социјални односи (3 прашања) и животна средина (8 прашања). Доменот на физичко здравје опфаќа прашања за мобилност, секојдневни активности, функционален капацитет, енергија, болка и сон. Доменот на психолошко здравје вклучува прашања околу сликата за себе, негативни мисли, позитивни ставови, самопочит, способност за учење, концентрација, религија и психолошки статус. Доменот на социјални односи опфаќа прашања за односи со другите, социјална поддршка и сексуален/љубовен живот. Доменот на животна средина вклучува прашања за финансиски средства, безбедност, здравје и социјални услуги, непосредна околина, можности за стекнување нови вештини, рекреација, транспорт и општа средина (на пр., бучава, загадување на воздухот и сл.). Освен тоа, вклучени се прашања со кои се утврдува вкупната перцепција за личното здравје и квалитетот на живот.

28 Ahorsu DK, Lin CY, Imani V, Saffari M, Griffiths MD, Pakpour AH. The fear of COVID-19 scale: development and initial validation. *International journal of mental health and addiction*. 2020; 27:1-9.

29 Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Quality of Life Research*. 2004; 13(2): 299-310.

Како што е најдено во оваа студија, внатрешната конзистентност на физичкиот домен, психичкиот домен, доменот на животна средина и социјалните односи изнесува $\alpha=0,77$, $\alpha=0,84$, $\alpha=0,82$ и $\alpha=0,62$ на субпримерокот од адолесценти и $\alpha=0,77$, $\alpha=0,76$, $\alpha=0,83$ и $\alpha=0,77$ на субпримерокот од старатели, соодветно.

3.6 СТАТИСТИЧКА АНАЛИЗА

Податоците беа анализирани со помош на статистичкиот софтвер STATISTICA³⁰. Тие се претставени во апсолутни бројки (N) и проценти (%) кај категоријалните варијабли, како и со средни вредности (M) и стандардни девијации (SD) кај континуираните варијабли. Поврзаноста меѓу социодемографските податоци, менталното здравје, стравот од КОВИД-19 и квалитетот на живот беа анализирани со непараметарски тест (Mann-Whitney U) за проверка на разликите меѓу две групи и претставени како резултат од тестот (U) и статистичка значајност (p). Поврзаноста меѓу социодемографските карактеристики, менталното здравје, стравот од КОВИД-19 и квалитетот на живот беа анализирани со непараметарски тест (Kruskal-Wallis H), а резултатите претставени со статистика на тестот (H) и нивоа на значајност (p). Анализите беа направени збирно, како и компаративно за конкретни поткатегории (на пр., машки/женски). Статистичката значајност беше утврдена на $\alpha=0,95$. Стапките на преваленца на проблеми со менталното здравје беа пресметани како пропорција од вкупниот примерок (адолесценти и старатели), во однос на утврдените гранични резултати на предложените излезни мерења. Посебно внимание се посветува на анализата на социодемографските разлики во однос на менталното здравје и квалитетот на живот кај адолесцентите и кај старателите.

3.7 ЕТИЧКИ РАЗМИСЛУВАЊА

Пред да започне процесот на избирање примерок и собирање податоци, студијата беше одобрена од Етичката комисија на Медицинскиот факултет при Универзитетот „Св. Кирил и Методиј“, Скопје. Целата документација (прашалници, формулари за информирана согласност, листа со информации) беше доставена до Етичката комисија. Дозвола за избирање учесници преку државните основни и средни училишта е добиена во соработка со Бирото за развој на образованието.

Во согласност со нормите и стандардите на Групата за евалуација на ОН (УНЕГ), истражувачите беа сензибилизирани за локалните уверувања и културни вредности, практики и обичаи, и постапуваа со интегритет и чесност во односите со учесниците и со другите засегнати страни. Истражувачите внимаваа контактот со вклучените во истражувањето да се карактеризира со почит, да се заштити анонимноста и доверливоста на личните податоци и да се објават постоечки или потенцијален конфликт на интерес. Освен тоа, истражувањето го следеше и принципот „не чини штета“, така што не се поставуваа прашања што би можеле да носат суд

30 StatSoft Inc. (2004) STATISTICA, верзија 7.

или вклучените лица да ги стават во опасна или понижувачка положба, а прашањата што кај испитаникот би можеле да предизвикаат негативни чувства од трауматски настан беа што повеќе избегнувани.

Учесниците не беа вклучени во изработката, дизајнот и во изборот на мерните инструменти на истражувањето. Соработката со релевантните институции беше насочена кон поддршка и олеснување на комуникацијата со училиштата и училишните служби, заради избирање на учесниците и давање повратни информации за организацијата и постапките на истражувањето. Во толкување на резултатите, заклучоците и препораките од студијата беа вклучени Министерството за здравство, Министерството за труд и социјална политика, Министерството за образование и наука, претставници од академскиот сектор (Медицински факултет и Филозофски факултет) и граѓанските организации во верификациски состаноци и работни групи. Предлозите на институциите/организациите беа вградени во конечните препораки на студијата.

3.7.1 ПОСТАПКА ЗА ИНФОРМИРАНА СОГЛАСНОСТ

Процесот на избирање адолесценти и старатели со различна возраст, место на живеење и ниво на образование следуваа по стандардните постапки за обезбедување информирана согласност за учество во студијата. Чекорите опфатија споделување листа со информации за процесот, заштита на приватноста на учесникот и доверливост на споделените информации, како и вербален контакт за какви било прашања поврзани со постапките и со мерните инструменти. Учесството во студијата беше доброволно, а податоците се презентирани анонимно.

Усна и писмена информирана согласност обезбедија старателите и адолесцентите на возраст од 14 години и постари. Усна и писмена информирана согласност беа дадени од старателите на адолесценти на возраст од 12 до 13 години. Формуларот за информирана согласност беше придружен со листа на информации за студијата и важни телефонски броеви во случај на потреба. Личните информации за идентификација не беа вклучени во пополнувањето на анкетата. Исто така, јасно беше истакната можноста за исклучување/повлекување од студијата во секое време.

3.7.2 СЛЕДЕЊЕ НА СТУДИЈАТА

Истражувачките практики во врска со безбедноста, етиката и заштитата на податоците ги следеше Советодавен одбор, кој е независен од истражувачкиот тим и од содржината на истражувачкиот проект. Членовите на Советодавниот одбор учествуваа на редовните состаноци на истражувачкиот тим и нудеа насоки и препораки за истражувачките практики, ресурси, должности, приоритети, комуникација, евидентирање и известување за сомнителни несакани настани, ракување со податоци и водење евиденција. Советодавниот одбор го сочинуваа тројца членови, избрани поради нивното искуство во областа на менталното здравје во земјава. Финалниот извештај го разгледа Рецензентскиот одбор составен од три члена, избрани поради нивното искуство во објавување истражувања за менталното здравје. Рецензентскиот одбор даваше препораки за подобрување на структурата и на содржината на извештајот.

3.7.3 НЕСАКАНИ НАСТАНИ

Сите сомнителни несакани настани забележани од истражувачите или пријавени од учесниците, дефинирани како несакано искуство на учесниците што им се случило во текот на студијата (независно од поврзаноста со постапките на студијата), беа евидентирани и дискутирани со Советодавниот одбор. За време на студијата, не беа пријавени сериозни несакани настани.

3.7.4 РАКУВАЊЕ СО ПОДАТОЦИТЕ И ВОДЕЊЕ ЕВИДЕНЦИЈА

Со податоците се ракуваше доверливо и во согласност со националните регулативи за заштита на податоци. Податоците на учесниците можеа да се идентификуваат само со единствена 5-цифрена шифра, при што клучната шифра која го поврзува учесникот со неговите податоци беше достапна само за главниот истражувач. Сите податоци од истражувањето (печатени копии) се чуваат во заклучен шкаф, во заклучена просторија на Универзитетската клиника за психијатрија – Скопје. По завршувањето на овој финален извештај, клучната шифра ќе биде уништена, а анонимизираните податоци ќе се чуваат 5 години.

3.7.5 КОНТРОЛА НА КВАЛИТЕТОТ

Контролата на квалитетот во текот на истражувачкиот процес, вклучувајќи го дизајнот, собирањето податоци, анализата, толкувањето на резултатите и дисеминација на податоците, ја следеше меѓународен консултант. Меѓународниот консултант беше избран врз основа на неговото меѓународно и регионално искуство во истражувања за ментално здравје. Исто така, во оваа верзија на извештајот беа искористени коментарите добиени преку механизмот за надворешна контрола на квалитет воспоставен од УНИЦЕФ, преку ревизија на финалниот нацрт-извештај.

3.7.6 ФИНАНСИСКА ПОДДРШКА

Субјектот што ја обезбеди финансиската поддршка не беше вклучен во изработката на дизајнот, собирањето податоци, ниту во толкувањето на податоците. Субјектот што даде финансиска поддршка понуди насоки за структурата на извештајот, но не учествуваше во обработката и во пишувањето на резултатите. Субјектот кој обезбеди финансиска поддршка помогна во комуникацијата со соработниците, како и во дисеминацијата на резултатите на локално и на меѓународно ниво.

3.7.7 ЧОВЕКОВИ ПРАВА, ДЕТСКИ ПРАВА И РОД

За целото траење на студијата беше почитуван фундаменталниот принцип дека сите луѓе, без оглед на националноста, местото на живеење, полот, националното или етничкото потекло, бојата, религијата, јазикот или друг статус, мора да се третираат рамноправно и со почит. Не беа пријавени проблеми од ниту еден учесник во студијата или од член на истражувачкиот тим за отстапувања при примената на овие основни човекови права. Покрај тоа, од родова перспектива, извештајот се занимава со прашања директно поврзани со женските права, поточно, правата на недискриминација (на пр., врз основа на животни услови, социоекономско потекло) и ненасилство.

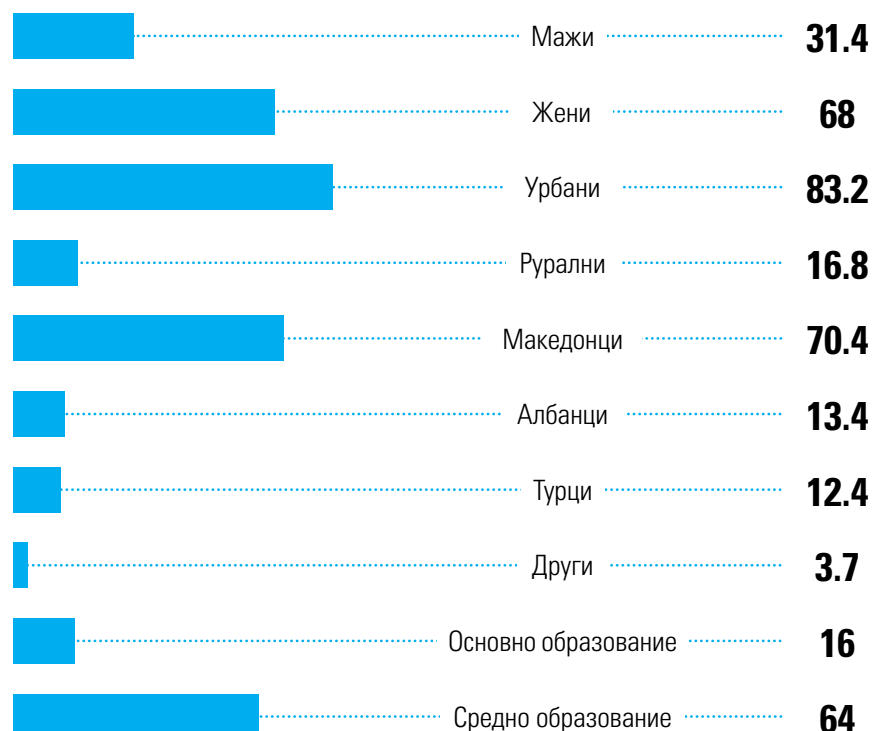
4. РЕЗУЛТАТИ



4.1 СОЦИОДЕМОГРАФСКИ КАРАКТЕРИСТИКИ

На графиконот 1 и 2, прикажани се социодемографските карактеристики на испитаниците. Вкупно 998 адолесценти и старатели учествуваа во студијата (506 адолесценти и 492 старатели). Адолесцентите беа на возраст од 12 до 18 години, додека старателите беа на возраст од 20 до 63 години. Просечната возраст на адолесцентите беше 15,9 години ($SD= 1,4$), а просечната возраст на старателите беше 43,6 години ($SD= 5,5$). Значително поголем процент од сите испитаници беа жени, а најголем дел од старателите беа мајки (67,5%). Адолесцентите и старателите претежно живеат во урбана средина и се изјаснија како Македонци. Поголемиот дел од старателите се вработени на неопределено време и со договори за дело, а имаат завршено средно образование.

Графикон 1.
Социодемографски
карактеристики на
адолесцентите



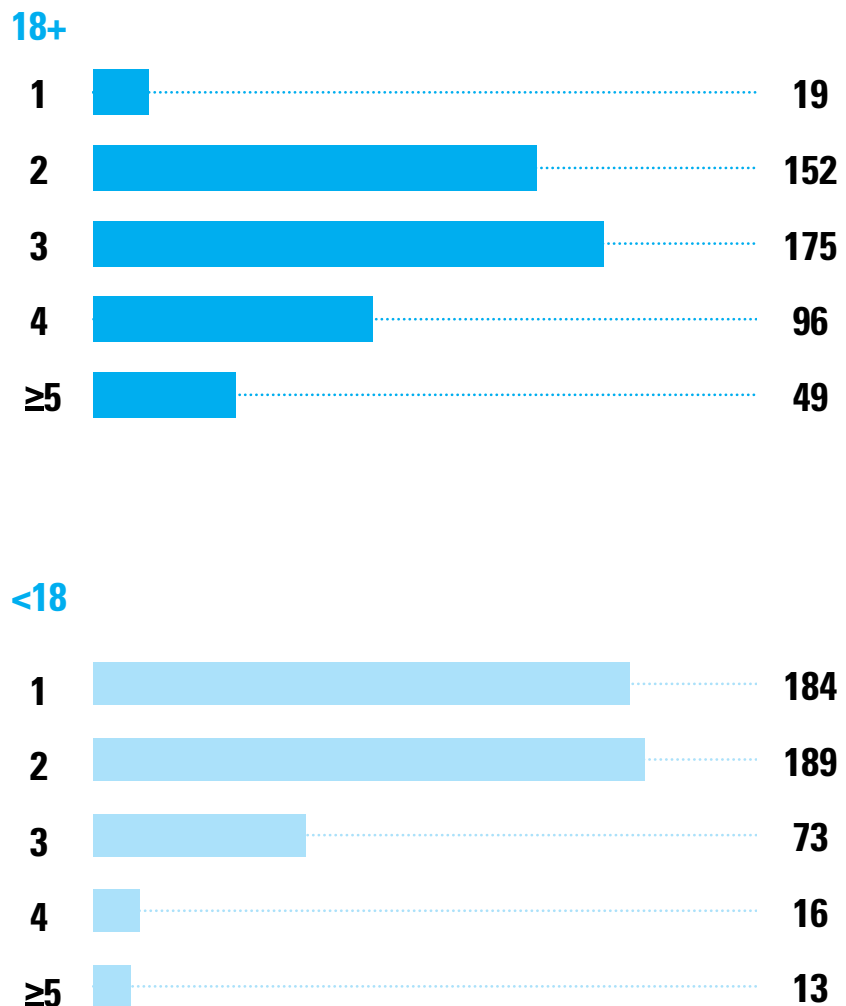
Графикон 2:
Социодемографски
карактеристики на
старателите



На графиконот 3, прикажан е бројот на членови во испитуваните домаќинства. Повеќето домаќинства се состојат од двајца до тројца возрасни (над 18 години) и еден до двајца малолетници (под 18 години). Овој резултат покажува дека домаќинствата често имаат и дополнителни членови на семејството покрај старателите и адолесцентите.

Графикон 3.

Број на членови во домаќинствата



4.2 ИСКУСТВО СО КОВИД-19

Табелата 3 ги прикажува искуствата со КОВИД-19 на испитаниците. За време на пандемијата, според анкетираниите адолесценти и старатели, најголема поддршка беше добиена од семејството. Повеќе адолесценти во однос на старатели, нашле поддршка кај пријателите. Најголем процент од анкетираниите адолесценти изјавија дека во текот на пандемијата, тие лично или член на семејството немале потреба од поддршка или стручна помош во однос на менталното здравје. Околу **4,5% од старателите имале потреба од помош и поддршка од областа на менталното здравје, додека значително повеќе адолесценти (7,7%) имале ваква потреба. Но, над половина од сите на кои им била потребна помош и поддршка од областа на менталното здравје, вклучително и адолесцентите и старателите, сепак не побарале.**

ТАБЕЛА 3. ИСКУСТВО СО КОВИД-19

| | АДОЛЕСЦЕНТИ | | СТРАТЕЛИ | |
|---------------------------------------------------------------------|-------------|------|----------|------|
| | N | % | N | % |
| Хронична болест во домаќинството | | | | |
| Да | 136 | 26.9 | 127 | 25.8 |
| Не | 370 | 73.1 | 365 | 74.2 |
| Најголема поддршка добиена од | | | | |
| Семејството | 423 | 83.6 | 428 | 87.0 |
| Партнерот | | | 29 | 5.9 |
| Пријателите | 52 | 10.3 | 6 | 1.2 |
| Стручна | 1 | 0.2 | 6 | 1.2 |
| Друго | 18 | 3.6 | 23 | 4.7 |
| Потреба од помош и поддршка од областа на менталното здравје | | | | |
| Да | 39 | 7.7 | 22 | 4.5 |
| Не | 467 | 92.3 | 470 | 95.5 |
| Користење помош и поддршка од областа на менталното здравје | | | | |
| Да | 17 | 3.4 | 10 | 2.0 |
| Не | 487 | 96.2 | 482 | 98.0 |

4.3 МЕНТАЛНО ЗДРАВЈЕ

Табелата 4 ја прикажува преваленцата на потенцијална депресија, самоповредувачки мисли, анксиозност и страв од КОВИД-19. **Потенцијална депресија беше присутна кај 10,4% од старателите.** Од нив, 22,4% се соочиле со проблеми во секојдневната работа, грижата за домаќинството или во односите со други луѓе, предизвикани од негативното влијание на симптомите на депресија. Присуството на самоповредувачки мисли беше забележано кај 22% од старателите. Потенцијално клиничко анксиозно растројство беше присутно кај помал процент од старателите во споредба со депресијата, но поголемиот дел од старателите изјавија за постоење на благи симптоми на анксиозност. Повеќето од испитаниците изјавија дека немаат страв од КОВИД-19. За време на пандемијата со КОВИД-19, **10,9% од старателите изјавија за изложеност на физичко насилство меѓу партнерите, изразено преку меѓусебно удирање и/или туркање. Исто така, 33% од старателите изјавија за изложеност на вербално насилство меѓу партнерите, изразено преку меѓусебни навреди и викање.** Во однос на односот кон децата, **5,7% од старателите изјавија дека ги турнале или удриле своите деца, додека 37,5% од старателите изјавија дека им викале и/или ги навредувале децата.** Разговор за проблемите како дисциплински пристап го користеле 64,8% од старателите.

Поголемиот дел од адолесцентите изјавија за постоење на благи симптоми на депресија (околу 30%). Од нив, 34,4% се соочиле со проблеми во секојдневната работа, грижата за домот или во односите со други луѓе, предизвикани од негативниот ефект на депресивните симптоми. Речиси 30% од адолесцентите имаа умерени до тешки симптоми на депресија. Во изминатата година, 48,4% од адолесцентите долго време се чувствувале нерасположени или тажни, и покрај тоа што имало денови кога биле добро расположени. **Самоповредувачки мисли се регистрирани кај една четвртина од адолесцентите (25,5%), додека во последниот месец, 8,7% од адолесцентите имале мисли за самоповредување.** Исто така, симптомите на анксиозност беа генерално благи (кај околу 58%), но, **42,1% од адолесцентите изјавија за постоење на умерени до тешки симптоми на анксиозност.** Адолесцентите имаа повисок степен на застапеност и интензитет на депресија, анксиозност, самоповредувачки мисли, дисфункционалност поради депресија и страв од вирусот КОВИД-19 во споредба со своите старатели.

ТАБЕЛА 4. ЗАСТАПЕНОСТ НА ДЕПРЕСИЈА, САМОПОВРЕДУВАЧКИ МИСЛИ, АНКСИОЗНОСТ И СТРАВ ОД КОВИД-19

| | АДОЛЕСЦЕНТИ | | СТАРАТЕЛИ | |
|------------------|-------------|------|-----------|------|
| | N | % | N | % |
| Депресија | | | | |
| Да | 148 | 29.2 | 51 | 10.4 |
| Не | 358 | 70.8 | 441 | 89.6 |

| Интензитет на депресија | | | | |
|---------------------------------------------|-----|------|-----|------|
| Тешка | 24 | 4.7 | 3 | 0.6 |
| Умерено тешка | 39 | 7.7 | 5 | 1.0 |
| Умерена | 85 | 16.8 | 33 | 6.7 |
| Блага | 149 | 29.4 | 117 | 23.8 |
| Самоповредувачки мисли | | | | |
| Да | 129 | 25.5 | 108 | 22.0 |
| Не | 373 | 73.7 | 382 | 77.6 |
| Нефункционалност како резултат на депресија | | | | |
| Тешка | 20 | 4.0 | 3 | 0.6 |
| Умерена | 63 | 12.4 | 17 | 3.4 |
| Блага | 154 | 30.4 | 88 | 17.9 |
| Анксиозност | | | | |
| Да | 120 | 23.7 | 30 | 6.1 |
| Не | 386 | 76.3 | 462 | 93.9 |
| Интензитет на анксиозност | | | | |
| Тешка | 100 | 19.8 | 30 | 6.1 |
| Умерена | 114 | 22.5 | 109 | 22.2 |
| Блага | 292 | 57.7 | 353 | 71.7 |
| Интензитет на страв од КОВИД-19 | | | | |
| Тежок | 3 | 0.6 | | |
| Умерен | 31 | 6.1 | 1 | 0.2 |
| Благ | 118 | 23.3 | 38 | 7.7 |

4.3.1 ДЕПРЕСИЈА

Табелата 5 ја прикажува поврзаноста меѓу социодемографските карактеристики и депресијата кај испитаниците. Старателите од женски пол **изјавија за постоење на повеќе депресивни симптоми од мажите, но оваа разлика не е статистички значајна** ($p>0,05$). Покрај тоа, иако просечниот вкупен резултат за депресија е малку повисок кај старателите од урбаните средини и кај оние со високо образование, овие разлики повторно не се статистички значајни ($p>0,05$). Слично на тоа, просечниот вкупен резултат на скалата за депресија беше највисок кај старателите кои не се вработени, но резултатите исто така не покажаа статистички значајни разлики во однос на работниот статус ($p>0,05$).

Кај адолесцентите, просечниот вкупен резултат на скалата за депресија беше значително повисок кај адолесцентите од женски пол отколку кај оние од машки пол ($p < 0,001$). Покрај тоа, иако симптомите на депресија беа нешто повисоки кај адолесцентите од урбаните средини во споредба со руралните подрачја, ваквата разлика не беше статистички значајна ($p > 0,05$). **Просечниот збиен резултат на скалата за депресија беше значително повисок кај адолесцентите во средно училиште отколку во основно училиште ($p < 0,01$).** Просечниот вкупен резултат на скалата за депресија беше највисок кај адолесцентите кои припаѓаат на малцинските групи, т.е. оние кои не се дел од трите најголеми етнички групи ($M = 11,7$; $SD = 7,2$). Просечниот вкупен резултат е најнизок кај адолесцентите кои се изјасниле како Турци ($M = 4,9$; $SD = 4,9$). Резултатите укажуваат на статистички значајна разлика во однос на етничката припадност. При тоа разликите се значани меѓу Македонците и Турците, Македонците и другите, како и Турците и другите ($H = 18,061$; $p = 0,000$).

ТАБЕЛА 5. ПОВРЗАНОСТ НА СОЦИОДЕМОГРАФСКИТЕ КАРАКТЕРИСТИКИ И ДЕПРЕСИЈАТА

| | АДОЛЕСЦЕНТИ | | | | | СТАРАТЕЛИ | | | | |
|-------------------------|-------------|-----|-----|--------|----------|-----------|-----|-----|-------|-------|
| | N | M | SD | U/H | p | N | M | SD | U/H | p |
| Пол | | | | | | | | | | |
| Машки | 159 | 5.0 | 5.2 | 22.988 | 0.000*** | 147 | 2.9 | 3.6 | 2.864 | 0.091 |
| Женски | 344 | 8.0 | 6.2 | | | 345 | 4.0 | 3.9 | | |
| Место на живеење | | | | | | | | | | |
| Урбано | 421 | 7.1 | 6.0 | 1.019 | 0.313 | 409 | 3.8 | 3.9 | 2.865 | 0.091 |
| Рурално | 85 | 6.4 | 6.4 | | | 83 | 3.0 | 3.4 | | |
| Образование | | | | | | | | | | |
| Основно образование | 81 | 4.0 | 5.2 | 9.453 | 0.002** | 34 | 3.5 | 4.5 | 1.897 | 0.594 |
| Средно образование | 324 | 7.8 | 6.1 | | | 242 | 3.3 | 3.8 | | |
| Високо образование | | | | | | 152 | 4.0 | 3.6 | | |
| Друго | | | | | | 15 | 3.7 | 2.8 | | |
| Вработување | | | | | | | | | | |
| На одредено време | | | | | | 220 | 3.6 | 4.1 | 4.579 | 0.205 |
| Привремено | | | | | | 139 | 3.8 | 3.3 | | |
| Невработен/а | | | | | | 83 | 4.4 | 4.1 | | |
| Друго | | | | | | 49 | 2.9 | 3.6 | | |

** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Табелата 6 ја покажува поврзаноста меѓу искуствата со КОВИД-19 и депресијата кај испитаниците. Кај старателите, **просечниот вкупен резултат на скалата за депресија е значително повисок кај оние кои изјавија дека имаат член на семејството со хронична болест ($p < 0,001$)**. Понатаму, **средниот збиен резултат на скалата за депресија е значително повисок кај старателите на кои им биле потребни помош и поддршка од областа на менталното здравје ($p < 0,01$)**. И на крај, просечниот вкупен резултат на скалата за депресија беше нешто повисок кај старателите кои изјавија за постоење на благи последици од пандемијата, но оваа разлика не беше статистички значајна ($p > 0,05$).

Кај адолесцентите, **просечниот вкупен резултат на скалата за депресија е значително повисок кај оние кои изјавија дека имаат член на семејството со хронична болест ($p < 0,05$)**. Покрај тоа, **просечниот вкупен резултат на скалата за депресија беше значително повисок кај адолесцентите кои имале потреба од помош и поддршка од областа на менталното здравје ($p < 0,001$)**. Иако просечниот вкупен резултат на скалата за депресија беше повисок кај адолесцентите кои пријавиле сериозни последици од пандемијата, оваа разлика не е статистички значајна ($p > 0,05$).

ТАБЕЛА 6. ПОВРЗАНОСТ МЕЃУ ИСКУСТВА СО ХРОНИЧНА БОЛЕСТ, ПОМОШ И ПОДДРШКА И ДЕПРЕСИЈА

| | АДОЛЕСЦЕНТИ | | | | | СТАРАТЕЛИ | | | | |
|---------------------------------------------------------------------|-------------|------|-----|--------|----------|-----------|-----|-----|--------|----------|
| | N | M | SD | U | p | N | M | SD | U | p |
| Хронични болести во семејството | | | | | | | | | | |
| Да | 136 | 8.7 | 6.2 | 9.828 | 0.022* | 127 | 5.7 | 4.4 | 21.866 | 0.000*** |
| Не | 370 | 6.4 | 5.9 | | | 365 | 3.0 | 3.4 | | |
| Потреба од помош и поддршка од областа на менталното здравје | | | | | | | | | | |
| Да | 39 | 13.3 | 8.0 | 24.968 | 0.000*** | 22 | 7.2 | 5.8 | 7.084 | 0.007** |
| Не | 467 | 6.5 | 5.5 | | | 470 | 3.5 | 3.7 | | |

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Табелата 7 ја прикажува поврзаноста меѓу изложеноста на семејно насилство и депресијата кај испитаниците. **Просечниот вкупен резултат на скалата за депресија беше значително повисок кај старателите кои изјавија за изложеност на физичко или вербално насилство ($p < 0,001$)**. Слично на тоа, **просечниот вкупен резултат на скалата за депресија е значително повисок кај адолесцентите кои изјавија дека биле изложени на физичко или вербално насилство ($p < 0,001$)**.

ТАБЕЛА 7. ПОВРЗАНОСТ МЕЃУ СЕМЕЈНОТО НАСИЛСТВО И ДЕПРЕСИЈАТА

| | АДОЛЕСЦЕНТИ | | | | | СТАРАТЕЛИ | | | | |
|---------------------------|-------------|------|-----|--------|----------|-----------|-----|-----|--------|----------|
| | N | M | SD | U | p | N | M | SD | U | p |
| Физичко насилство | | | | | | | | | | |
| Не | 477 | 6.7 | 5.9 | 12.825 | 0.000*** | 462 | 3.5 | 3.6 | 18.138 | 0.000*** |
| Да | 29 | 12.1 | 6.9 | | | 30 | 7.1 | 5.5 | | |
| Вербално насилство | | | | | | | | | | |
| Не | 316 | 5.1 | 4.9 | 62.273 | 0.000*** | 383 | 3.0 | 3.5 | 39.743 | 0.000*** |
| Да | 189 | 10.1 | 6.4 | | | 109 | 6.3 | 3.9 | | |

*** p<0,001

4.3.2 АНКСИОЗНОСТ

Табелата 8 ја прикажува поврзаноста меѓу социодемографските карактеристики и анксиозноста кај испитаниците. Кај старателите, **просечниот вкупен резултат на скалата за анксиозност е значително повисок кај испитаниците од женски пол отколку кај оние од машки пол** ($p<0,05$). Покрај тоа, **просечниот збиен резултат на скалата на анксиозност е значително повисок кај старателите од урбана средина** ($p<0,05$). Иако просечната вкупна оценка на скалата за анксиозност беше нешто повисока кај старателите со високо и средно образование и оние кои не се вработени, овие разлики не се статистички значајни ($p>0,05$).

ТАБЕЛА 8. ПОВРЗАНОСТ НА СОЦИОДЕМОГРАФСКИТЕ КАРАКТЕРИСТИКИ СО АНКСИОЗНОСТА

| | АДОЛЕСЦЕНТИ | | | | | СТАРАТЕЛИ | | | | |
|-------------------------|-------------|-----|-----|--------|----------|-----------|-----|-----|-------|--------|
| | N | M | SD | U/N | p | N | M | SD | U/N | p |
| Пол | | | | | | | | | | |
| Машки | 159 | 3.9 | 4.7 | 22.988 | 0.000*** | 147 | 2.4 | 3.0 | 4.174 | 0.041* |
| Женски | 344 | 6.8 | 5.3 | | | 345 | 4.1 | 4.0 | | |
| Место на живеење | | | | | | | | | | |
| Урбано | 421 | 6.0 | 5.2 | 0.364 | 0.546 | 409 | 3.7 | 3.8 | 4.174 | 0.041* |
| Рурално | 85 | 5.2 | 5.6 | | | 83 | 3.2 | 4.1 | | |
| Образование | | | | | | | | | | |
| Основно образование | 81 | 3.0 | 4.3 | 9.453 | 0.002** | 34 | 3.8 | 4.3 | 1.897 | 0.594 |
| Средно образование | 324 | 6.5 | 5.3 | | | 242 | 3.3 | 3.8 | | |
| Високо образование | | | | | | 152 | 3.8 | 3.7 | | |
| Друго | | | | | | 15 | 3.0 | 2.8 | | |

| Вработување | | | | | | | | | | |
|-------------------|--|--|--|--|--|-----|-----|-----|-------|-------|
| На одредено време | | | | | | 220 | 3.5 | 3.8 | 2.548 | 0.466 |
| Привремено | | | | | | 139 | 3.8 | 3.7 | | |
| Невработен/а | | | | | | 83 | 4.1 | 4.3 | | |
| Друго | | | | | | 49 | 2.6 | 3.3 | | |

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Кај адолесцентите, **просечниот вкупен резултат на скалата за анксиозност беше значително повисок кај адолесцентите од женски пол отколку кај оние од машки пол** ($p < 0,001$). Нешто повисоки резултати на анксиозност беа најдени кај адолесцентите од урбаните средини, но резултатите не покажаа статистички значајна разлика во однос на местото на живеење ($p > 0,05$). Понатаму, за постоење на **значително повисоки просечни резултати за анксиозност изјавија адолесцентите во средно училиште** ($p < 0,01$). Иако средниот вкупен резултат на скалата за анксиозност е највисок кај адолесцентите од малцинските групи, т.е. оние кои не се дел од трите најбројни етнички групи ($M = 9,2$; $SD = 6,4$), резултатите не укажуваат на статистички значајна разлика во однос на етничката припадност ($H = 6,927$; $p = 0,072$).

Табелата 9 ја покажува поврзаноста меѓу искуствата со КОВИД-19 и анксиозноста кај испитаниците. Просечниот вкупен резултат на скалата за анксиозност е повисок кај старателите кои изјавија дека живеат со член од семејството со хронична болест, но резултатите не укажуваат на статистички значаен ефект ($p > 0,05$). Слично на тоа, иако просечниот вкупен резултат на скалата за анксиозност беше повисок кај старателите на кои им биле потребни помош и поддршка од областа на менталното здравје, разликата не беше статистички значајна ($p > 0,05$). И на крај, просечниот збиен резултат на скалата за анксиозност беше повисок кај старателите кои изјавија постоење на благи последици од пандемијата, но резултатите не укажуваа на статистички значајна разлика ($p > 0,05$).

Во поглед на адолесцентите, **просечниот вкупен резултат на скалата за анксиозност беше значително повисок кај оние кои пријавиле дека живеат со хронично болен член во семејството** ($p < 0,05$). Исто така, **просечниот вкупен резултат на скалата за анксиозност беше значително повисок кај адолесцентите на кои им требале помош и поддршка од областа на менталното здравје** ($p < 0,001$). Просечниот вкупен резултат за анксиозност е повисок кај адолесцентите кои пријавиле серозни последици од пандемијата, но резултатите не укажуваат на статистички значајна разлика ($p > 0,05$).

ТАБЕЛА 9. ПОВРЗАНОСТ НА ИСКУСТВА СО ХРОНИЧНА БОЛЕСТ, ПОМОШ И ПОДДРШКА И АНКСИОЗНОСТА

| | АДОЛЕСЦЕНТИ | | | | | СТАРАТЕЛИ | | | | |
|---------------------------------------------------------------------|-------------|-----|-----|--------|----------|-----------|-----|-----|-------|-------|
| | N | M | SD | U | p | N | M | SD | U | p |
| Хронични болести во семејството | | | | | | | | | | |
| Да | 136 | 6.7 | 5.4 | 5.281 | 0.022* | 127 | 5.0 | 3.9 | 0.943 | 0.331 |
| Не | 370 | 5.5 | 5.2 | | | 365 | 3.1 | 3.7 | | |
| Потреба од помош и поддршка од областа на менталното здравје | | | | | | | | | | |
| Да | 39 | 9.9 | 6.4 | 24.968 | 0.000*** | 22 | 5.5 | 4.9 | 2.286 | 0.130 |
| Не | 467 | 5.6 | 5.0 | | | 470 | 3.5 | 3.8 | | |

* $p < 0,05$; *** $p < 0,001$

Табелата 10 ја прикажува поврзаноста меѓу изложеноста на семејно насилство и анксиозноста кај испитаниците. Иако просечниот вкупен резултат на скалата за анксиозност е повисок кај старателите кои изјавија за изложеност на физичко насилство, овие резултати не укажуваат на статистички значајна разлика ($p > 0,05$). Но, **старателите кои изјавија за изложеност на вербално насилство покажаа значително повисоки збирни резултати на скалата за анксиозност ($p < 0,001$).** Просечниот вкупен резултат на скалата за анксиозност беше **значително повисок кај адолесцентите кои биле изложени на физичко насилство ($p < 0,01$) или вербално насилство ($p < 0,001$).**

ТАБЕЛА 10. ПОВРЗАНОСТ НА СЕМЕЈНОТО НАСИЛСТВО И АНКСИОЗНОСТА

| | АДОЛЕСЦЕНТИ | | | | | СТАРАТЕЛИ | | | | |
|---------------------------|-------------|-----|-----|--------|----------|-----------|-----|-----|--------|----------|
| | N | M | SD | U | p | N | M | SD | U | p |
| Физичко насилство | | | | | | | | | | |
| Не | 477 | 5.6 | 5.2 | 7.579 | 0.006** | 462 | 3.4 | 3.7 | 0.849 | 0.357 |
| Да | 29 | 9.7 | 5.4 | | | 30 | 5.9 | 4.6 | | |
| Вербално насилство | | | | | | | | | | |
| Не | 316 | 4.3 | 4.7 | 43.566 | 0.000*** | 383 | 2.8 | 3.4 | 14.363 | 0.000*** |
| Да | 189 | 8.2 | 5.2 | | | 109 | 6.4 | 4.1 | | |

** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

4.3.3 СТРАВ ОД КОВИД-19

Табелата 11 ја покажува поврзаноста меѓу социодемографските карактеристики и стравот од КОВИД-19 кај испитаниците. **Просечниот збиен резултат на скалата за страв од КОВИД-19 беше значително повисок кај старателите од женски пол отколку кај оние од машки пол ($p < 0,05$).** Немаше разлика меѓу средниот збиен резултат на скалата за страв од КОВИД-19 меѓу старателите од различни места на живеење ($p > 0,05$). Покрај тоа, иако просечниот збиен резултат на скалата за страв од КОВИД-19 беше нешто повисок кај старателите со високо образование, резултатите не укажуваа на статистички значајна разлика во однос на степенот на образование ($p > 0,05$). Слично на тоа, старателите кои се вработени изјавија за постоење на повисоки скорови на скалата за страв од КОВИД-19, но разликата не е статистички значајна ($p > 0,05$).

Просечниот збиен резултат на скалата за страв од КОВИД-19 беше значително поголем кај адолесцентките ($p < 0,05$). Повторно, не беше откриена разлика меѓу адолесцентите кои живеат во урбани и рурални средини ($p > 0,05$). Слично на тоа, иако просечниот вкупен резултат на скалата за страв од КОВИД-19 беше малку повисок кај адолесцентите во основно училиште, резултатите не беа статистички значајни ($p > 0,05$). Средниот вкупен резултат на скалата за страв од КОВИД-19 беше највисок кај адолесцентите Турци ($M = 6,6$; $SD = 5,9$), а најнизок кај адолесцентите-Албанци ($M = 3,0$; $SD = 3,6$). Меѓутоа, резултатите не укажуваат на статистички значајна разлика во однос на етничката припадност ($H = 9,114$; $p = 0,098$).

ТАБЕЛА 11. ПОВРЗАНОСТ НА СОЦИОДЕМОГРАФСКИТЕ КАРАКТЕРИСТИКИ И СТРАВОТ ОД КОВИД-19

| | АДОЛЕСЦЕНТИ | | | | | СТАРАТЕЛИ | | | | |
|-------------------------|-------------|-----|-----|-------|--------|-----------|-----|-----|-------|--------|
| | N | M | SD | U/N | p | N | M | SD | U/N | p |
| Пол | | | | | | | | | | |
| Машки | 159 | 3.3 | 4.1 | 4.528 | 0.033* | 147 | 4.2 | 4.9 | 0.016 | 0.041* |
| Женски | 344 | 4.9 | 5.2 | | | 345 | 4.9 | 5.0 | | |
| Место на живеење | | | | | | | | | | |
| Урбано | 421 | 4.3 | 4.8 | 0.188 | 0.664 | 409 | 4.7 | 5.0 | 0.016 | 0.899 |
| Рурално | 85 | 4.6 | 5.3 | | | 83 | 4.8 | 5.0 | | |
| Образование | | | | | | | | | | |
| Основно образование | 81 | 5.0 | 5.7 | 2.737 | 0.098 | 34 | 4.1 | 4.6 | 4.626 | 0.201 |
| Средно образование | 324 | 4.1 | 4.6 | | | 242 | 4.9 | 5.2 | | |
| Високо образование | | | | | | 152 | 5.0 | 4.7 | | |
| Друго | | | | | | 15 | 4.5 | 5.7 | | |

| Вработување | | | | | | | | | | |
|-------------------|--|--|--|--|--|-----|-----|-----|-------|-------|
| На одредено време | | | | | | 220 | 5.2 | 5.3 | 6.173 | 0.103 |
| Привремено | | | | | | 139 | 4.2 | 4.5 | | |
| Невработен/а | | | | | | 83 | 4.6 | 5.0 | | |
| Друго | | | | | | 49 | 4.1 | 4.6 | | |

* $p < 0,05$

4.4 КВАЛИТЕТ НА ЖИВОТ

Табелата 12 ги прикажува просечните резултати за квалитетот на живот по домени. Резултатите покажуваат дека 46,1% од старателите сметаа дека квалитетот на живот им е добар, 38% го сметаа за многу добар, а 12,2% го сметаа ниту лош ниту добар. Слично на тоа, 50% од старателите беа задоволни со своето здравје, 37,2% го сметаа за многу добро, а 10% го сметаа за ниту лошо ниту добро. Во однос на адолесцентите, 44,5% од нив го сметаа квалитетот на својот живот за многу добар, 39,1% го оценија како добар, а 11,3% ниту лош ниту добар. Слично, 55,9% од адолесцентите го оценија своето здравје како многу добро, 28,6% како добро и 10,1% ниту лошо ниту добро.

ТАБЕЛА 12. ПРОСЕЧЕН РЕЗУЛТАТ ЗА КВАЛИТЕТ НА ЖИВОТ ПО ДОМЕНИ

| | АДОЛЕСЦЕНТИ | | СТАРАТЕЛИ | |
|---------------------------|-------------|-----|-----------|-----|
| | M | SD | M | SD |
| Квалитет на живот | 4.2 | 0.9 | 4.2 | 0.8 |
| Квалитет на лично здравје | 4.3 | 0.9 | 4.2 | 0.8 |
| Физичко здравје | 4.0 | 0.7 | 4.0 | 0.6 |
| Психолошко здравје | 3.4 | 0.7 | 4.1 | 0.6 |
| Социјални односи | 3.8 | 0.9 | 4.1 | 0.7 |
| Животна средина | 4.0 | 0.7 | 3.9 | 0.6 |

4.4.1 ОПШТА ПЕРЦЕПЦИЈА ЗА КВАЛИТЕТОТ НА ЖИВОТ

Табелата 13 ја прикажува поврзаноста на општата перцепција за квалитетот на живот со социодемографските карактеристики, искуството со КОВИД-19 и изложеноста на семејно насилство. Просечниот резултат за општата перцепција на квалитетот на живот во однос на полот и местото на живеење на старателите беше приближно ист и резултатите не укажуваа на статистички значајна разлика ($p>0,05$). **Просечниот резултат за општата перцепција на квалитетот на живот беше значително повисок кај старателите со високо образование** ($p<0,05$). **Просечниот резултат за општата перцепција на квалитетот на живот беше повисок кај старателите со други форми на вработување, а најнизок кај невработените старатели.** Резултатите укажаа на статистички значајна разлика во однос на работниот статус ($p<0,01$).

Просечниот резултат за општата перцепција на квалитетот на живот кај старателите со член на семејството со хронично заболување или не, беше сличен и резултатите не укажуваа на статистички значајна разлика ($p>0,05$). **Просечниот резултат за општата перцепција на квалитетот на живот беше значително повисок кај старателите на кои не им била потребна помош и поддршка од областа на менталното здравје** ($p<0,01$). Просечниот резултат за општата перцепција на квалитетот на живот е повисок кај старателите кои не изјавија за изложеност на физичко насилство, но резултатите не укажуваат на статистички значајна разлика ($p>0,05$). **Просечниот збиен резултат за општата перцепција на квалитетот на живот беше значително повисок кај старателите коишто не биле изложени на вербално насилство** ($p<0,001$).

Просечниот резултат за општата перцепција на квалитетот на живот беше значително повисок кај адолесцентите од машки пол ($p<0,05$). Немаше статистички значајни разлики меѓу адолесцентите за општата перцепција за квалитетот на живот во однос на местото на живеење ($p>0,05$). Слично на тоа, не беа регистрирани статистички значајни разлики меѓу адолесцентите за општата перцепција за квалитетот на живот во однос на степенот на образование ($p>0,05$). Просечниот резултат за општата перцепција на квалитетот на живот беше највисок кај адолесцентите Македонци и Албанци ($M= 4,3$; $SD= 0,9$), а најнизок кај адолесцентите од другите етнички групи ($M= 3,5$; $SD= 1,3$). Резултатите укажуваат на статистички значајна разлика во однос на етничката припадност на адолесцентите ($H= 23,618$; $p= 0,023$).

Просечниот резултат за општата перцепција на квалитетот на живот беше значително повисок кај адолесцентите кои не изјавија дека живеат со член од семејството со хронична болест ($p<0,01$). Слично на тоа, **просечната оценка на општата перцепција за квалитетот на живот беше значително повисока кај адолесцентите кои немале потреба од помош и поддршка од областа на менталното здравје** ($p<0,01$). **Просечната оценка на општата перцепција за квалитетот на живот е значително повисока кај адолесцентите кои не изјавија дека биле изложени на физичко или вербално насилство** ($p<0,001$).

ТАБЕЛА 13. ПОВРЗАНОСТ МЕЃУ ОПШТАТА ПЕРЦЕПЦИЈА ЗА КВАЛИТЕТОТ НА ЖИВОТ И СОЦИОДЕМОГРАФСКИТЕ КАРАКТЕРИСТИКИ, ИСКУСТВОТО СО КОВИД-19 И СЕМЕЈНОТО НАСИЛСТВО

| | АДОЛЕСЦЕНТИ | | | | | СТАРАТЕЛИ | | | | |
|---------------------------------------------------------------------|-------------|-----|-----|--------|----------|-----------|-----|-----|--------|----------|
| | N | M | SD | U/N | p | N | M | SD | U/N | p |
| Пол | | | | | | | | | | |
| Машки | 156 | 4.3 | 0.9 | 11.347 | 0.022* | 147 | 4.1 | 0.8 | 2.034 | 0.729 |
| Женски | 342 | 4.2 | 0.9 | | | 343 | 4.2 | 0.8 | | |
| Место на живеење | | | | | | | | | | |
| Урбано | 417 | 4.2 | 0.9 | 8.229 | 0.083 | 407 | 4.2 | 0.8 | 2.900 | 0.964 |
| Рурално | 84 | 4.2 | 0.8 | | | 83 | 4.1 | 0.9 | | |
| Образование | | | | | | | | | | |
| Основно образование | 80 | 4.4 | 0.7 | 5.816 | 0.213 | 34 | 4.0 | 0.9 | 24.549 | 0.017** |
| Средно образование | 321 | 4.2 | 0.9 | | | 241 | 4.1 | 0.8 | | |
| Високо образование | | | | | | 152 | 4.3 | 0.7 | | |
| Друго | | | | | | 15 | 4.3 | 0.6 | | |
| Вработување | | | | | | | | | | |
| На одредено време | | | | | | 219 | 4.1 | 0.8 | 27.857 | 0.005** |
| Привремено | | | | | | 139 | 4.3 | 0.8 | | |
| Невработен/а | | | | | | 83 | 3.9 | 1.0 | | |
| Друго | | | | | | 48 | 4.5 | 0.5 | | |
| Хронични болести во семејството | | | | | | | | | | |
| Да | 134 | 4.0 | 1.0 | 12.595 | 0.013* | 126 | 4.1 | 0.8 | 5.607 | 0.230 |
| Не | 367 | 4.3 | 0.8 | | | 364 | 4.2 | 0.8 | | |
| Потреба од помош и поддршка од областа на менталното здравје | | | | | | | | | | |
| Да | 39 | 3.8 | 1.0 | 13.616 | 0.009** | 22 | 3.7 | 0.8 | 12.962 | 0.011** |
| Не | 462 | 4.3 | 0.9 | | | 468 | 4.2 | 0.8 | | |
| Физичко насилство | | | | | | | | | | |
| Не | 473 | 4.3 | 0.8 | 21.828 | 0.000*** | 461 | 4.2 | 0.8 | 8.992 | 0.061 |
| Да | 28 | 3.6 | 1.2 | | | 29 | 3.8 | 1.0 | | |
| Вербално насилство | | | | | | | | | | |
| Не | 312 | 4.4 | 0.8 | 39.421 | 0.000*** | 381 | 4.3 | 0.8 | 22.069 | 0.000*** |
| Да | 188 | 3.9 | 0.9 | | | 109 | 3.9 | 0.8 | | |

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

4.4.2 ОПШТА ПЕРЦЕПЦИЈА ЗА ЛИЧНОТО ЗДРАВЈЕ

Табелата 14 ја покажува поврзаноста меѓу општата перцепција на личното здравје и социодемографските карактеристики, искуството со КОВИД-19 и изложеноста на семејно насилство. Просечните резултати за општата перцепција на личното здравје во однос на полот и местото на живеење беа приближно исти и не укажуваа на статистички значајна разлика ($p>0,05$). Слично на тоа, просечната оценка на општата перцепција на личното здравје во однос на степенот на образование на старателите беше приближно иста и резултатите не укажуваа на статистички значајна разлика ($p>0,05$). Просечниот резултат за општата перцепција на личното здравје во однос на работниот статус, исто така, беше приближно ист и резултатите не укажуваа на статистички значајна разлика ($p>0,05$).

Просечната оценка на општата перцепција на личното здравје е значително повисока кај старателите кои изјавија дека немаат член на семејството со хронична болест ($p<0,01$). Просечниот резултат за општата перцепција на личното здравје беше малку повисок кај старателите на кои не им биле потребни помош и поддршка од областа на менталното здравје, но резултатите не укажуваа на статистички значајна разлика ($p>0,05$). Просечната оценка на општата перцепција на личното здравје беше повисока кај старателите кои не биле изложени на физичко насилство, но резултатите не укажуваа на статистички значајна разлика ($p>0,05$). Меѓутоа, **просечниот збиен резултат на општата перцепција на личното здравје е значително повисок кај старателите кои не биле изложени на вербално насилство ($p<0,001$).**

Просечниот резултат на општата перцепција на личното здравје беше значително повисок кај адолесцентите од машки пол ($p<0,01$). Просечниот резултат на општата перцепција за личното здравје беше нешто повисок кај адолесцентите од урбана средина, но резултатите не укажуваа на статистички значајна разлика во однос на местото на живеење ($p>0,05$). Просечниот резултат на општата перцепција на здравјето беше повисок кај адолесцентите во основно училиште, но оваа разлика не е статистички значајна ($p>0,05$). Просечниот резултат на општата перцепција на личното здравје беше највисок кај адолесцентите Македонци ($M=4,4$; $SD=0,9$), а најнизок меѓу адолесцентите кои се припадници на други етнички групи ($M=3,8$; $SD=1,3$). Сепак, не е забележана статистички значајна разлика во однос на етничката припадност ($H=13,823$; $p=0,312$).

Просечниот резултат на општата перцепција за личното здравје беше значително повисок кај адолесцентите кои не живеат со член на семејството со хронично заболување ($p<0,01$). Просечниот резултат на општата перцепција за личното здравје беше нешто повисок кај адолесцентите на кои не им биле потребни помош и поддршка од областа на менталното здравје, но резултатите не укажуваа на статистички значајна разлика ($p>0,05$). **Просечната оценка на општата перцепција на личното здравје беше значително повисока кај адолесцентите кои не биле изложени на физичко или вербално насилство ($p<0,001$).**

ТАБЕЛА 14. ПОВРЗАНОСТ НА ОПШТАТА ПЕРЦЕПЦИЈА ЗА ЛИЧНОТО ЗДРАВЈЕ, СОЦИОДЕМОГРАФСКИТЕ КАРАКТЕРИСТИКИ И СЕМЕЈНОТО НАСИЛСТВО

| | АДОЛЕСЦЕНТИ | | | | | СТАРАТЕЛИ | | | | |
|---------------------------------------------------------------------|-------------|-----|-----|--------|----------|-----------|-----|-----|--------|----------|
| | N | M | SD | U/N | p | N | M | SD | U/N | p |
| Пол | | | | | | | | | | |
| Машки | 158 | 4.4 | 1.0 | 15.740 | 0.003** | 147 | 4.2 | 0.8 | 2.034 | 0.841 |
| Женски | 343 | 4.3 | 0.9 | | | 345 | 4.2 | 0.8 | | |
| Место на живеење | | | | | | | | | | |
| Урбано | 419 | 4.4 | 0.9 | 5.865 | 0.209 | 409 | 4.2 | 0.8 | 0.587 | 0.964 |
| Рурално | 85 | 4.2 | 1.0 | | | 83 | 4.2 | 0.8 | | |
| Образование | | | | | | | | | | |
| Основно образование | 81 | 4.5 | 0.7 | 4.954 | 0.292 | 34 | 4.2 | 1.0 | 14.317 | 0.281 |
| Средно образование | 323 | 4.3 | 0.9 | | | 242 | 4.2 | 0.7 | | |
| Високо образование | | | | | | 152 | 4.3 | 0.7 | | |
| Друго | | | | | | 15 | 4.2 | 0.6 | | |
| Вработување | | | | | | | | | | |
| На одредено време | | | | | | 220 | 4.2 | 0.7 | 15.159 | 0.233 |
| Привремено | | | | | | 139 | 4.2 | 0.8 | | |
| Невработен/а | | | | | | 83 | 4.0 | 0.8 | | |
| Друго | | | | | | 49 | 4.4 | 0.5 | | |
| Хронични болести во семејството | | | | | | | | | | |
| Да | 134 | 4.0 | 1.1 | 16.326 | 0.009** | 127 | 4.0 | 0.9 | 11.423 | 0.022* |
| Не | 370 | 4.4 | 0.8 | | | 365 | 4.3 | 0.7 | | |
| Потреба од помош и поддршка од областа на менталното здравје | | | | | | | | | | |
| Да | 39 | 4.1 | 1.2 | 6.771 | 0.148 | 22 | 4.0 | 0.9 | 5.233 | 0.264 |
| Не | 465 | 4.3 | 0.9 | | | 470 | 4.2 | 0.8 | | |
| Физичко насилство | | | | | | | | | | |
| Не | 476 | 4.4 | 0.9 | 21.443 | 0.000*** | 462 | 4.2 | 0.8 | 8.107 | 0.088 |
| Да | 28 | 3.7 | 1.1 | | | 30 | 3.9 | 0.8 | | |
| Вербално насилство | | | | | | | | | | |
| Не | 315 | 4.5 | 0.9 | 27.818 | 0.000*** | 383 | 4.3 | 0.7 | 22.457 | 0.000*** |
| Да | 188 | 4.1 | 1.0 | | | 109 | 3.9 | 0.9 | | |

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

4.4.3 ФИЗИЧКО ЗДРАВЈЕ

Табелата 15 ја покажува поврзаноста меѓу квалитетот на физичкото здравје и социодемографските карактеристики, искуството со КОВИД-19 и семејното насилство. Просечниот резултат во доменот на физичко здравје во однос на полот на старателите беше приближно ист и резултатите не укажуваа на постоење на статистички значајна разлика во поглед на полот на старателите ($p > 0,05$). **Просечната оценка во доменот на физичко здравје во однос на местото на живеење беше повисока кај старателите од руралните средини**, а резултатите укажуваа на постоење на статистички значајна разлика ($p < 0,01$). Просечните оценки во доменот на физичко здравје беа слични во однос на степенот на образование на старателите, а резултатите не укажуваа на постоење на статистички значајна разлика ($p > 0,05$). Просечната оценка во доменот на физичко здравје во однос на работниот статус на старателите е најниска кај невработените старатели, но исто така, резултатите не укажуваа на постоење на статистички значајна разлика ($p > 0,05$).

Просечната оценка во доменот на физичко здравје беше пониска кај старателите кои изјавија дека живеат со член на семејството со хронично заболување, а резултатите укажуваа на постоење на статистички значајна разлика во однос на присуството на хронична болест во семејството ($p < 0,01$). **Просечниот резултат во доменот на физичкото здравје беше повисок кај адолесцентите од основно училиште** и резултатите укажуваа на постоење на статистички значајна разлика во однос на степенот на образование ($p < 0,01$). Просечниот резултат во доменот на физичко здравје беше повисок кај лицата кои немале потреба од помош и поддршка од областа на менталното здравје, но резултатите не укажаа на постоење на статистички значајна разлика ($p > 0,05$). **Просечната оценка во доменот на физичкото здравје беше повисока кај старателите кои не биле изложени на физичко насилство** и резултатите укажуваат на постоење на статистички значајна разлика во однос на изложеноста на физичко насилство ($p < 0,001$). **Просечниот резултат во доменот на физичкото здравје беше повисок кај старателите кои не биле изложени на вербално насилство** и резултатите укажуваат на постоење на статистички значајна разлика во однос на изложеноста на вербално насилство ($p < 0,001$).

Просечниот резултат на доменот на физичко здравје е највисок кај машките адолесценти и резултатите покажаа постоење на статистички значајна разлика во однос на полот кај адолесцентите ($p < 0,01$). Просечниот резултат во доменот на физичкото здравје беше повисок кај адолесцентите од руралните области, но резултатите не посочуваа постоење на статистички значајна разлика ($p > 0,05$). Просечниот резултат за доменот на физичкото здравје беше највисок кај адолесцентите Македонци и Турци ($M = 4,0$; $SD = 0,7$), а најнизок кај адолесцентите од другите етнички групи ($M = 3,6$; $SD = 0,8$). Резултатите укажаа на постоење на статистички значајна разлика во однос на етничката припадност на адолесцентите ($N = 49,353$; $p = 0,000$).

Просечниот резултат за доменот на физичкото здравје беше повисок кај адолесцентите кои не живеат со член на семејството со хронично за-

болување и резултатите укажуваа на постоење на статистички значајна разлика ($p < 0,01$). Просечниот резултат за доменот на физичко здравје беше повисок, но не и значаен ($p > 0,05$), кај адолесцентите на кои не им била потребна помош и поддршка од областа на менталното здравје.

Просечниот резултат за доменот на физичкото здравје е повисок кај адолесцентите кај кои не биле изложени на физичко насилство и резултатите не укажуваа на постоење на статистички значајна разлика ($p > 0,05$). **Просечниот резултат за доменот на физичкото здравје е повисок кај адолесцентите кои не биле изложени на вербално насилство** и резултатите укажуваат на постоење на статистички значајна разлика ($p < 0,01$).

ТАБЕЛА 15. ПОВРЗАНОСТ НА КВАЛИТЕТОТ НА ФИЗИЧКОТО ЗДРАВЈЕ, СОЦИОДЕМОГРАФСКИТЕ КАРАКТЕРИСТИКИ И СЕМЕЈНОТО НАСИЛСТВО

| | АДОЛЕСЦЕНТИ | | | | | СТАРАТЕЛИ | | | | |
|---------------------------------------------------------------------|-------------|-----|-----|--------|---------|-----------|-----|-----|--------|---------|
| | N | M | SD | U/N | p | N | M | SD | U/N | p |
| Пол | | | | | | | | | | |
| Машки | 159 | 4.2 | 0.7 | 14.151 | 0.003** | 147 | 4.1 | 0.5 | 2.213 | 0.529 |
| Женски | 344 | 3.9 | 0.7 | | | 345 | 4.0 | 0.7 | | |
| Место на живеење | | | | | | | | | | |
| Урбано | 421 | 3.9 | 0.7 | 3.581 | 0.310 | 409 | 4.0 | 0.6 | 12.540 | 0.005** |
| Рурално | 85 | 4.0 | 0.8 | | | 83 | 4.1 | 0.7 | | |
| Образование | | | | | | | | | | |
| Основно образование | 81 | 4.2 | 0.7 | 13.660 | 0.003** | 34 | 3.9 | 0.8 | 4.534 | 0.872 |
| Средно образование | 324 | 3.9 | 0.7 | | | 242 | 4.1 | 0.6 | | |
| Високо образование | | | | | | 152 | 4.0 | 0.7 | | |
| Друго | | | | | | 15 | 3.9 | 0.6 | | |
| Вработување | | | | | | | | | | |
| На одредено време | | | | | | 220 | 4.0 | 0.6 | 7.009 | 0.636 |
| Привремено | | | | | | 139 | 4.0 | 0.6 | | |
| Невработен/а | | | | | | 83 | 3.8 | 0.6 | | |
| Друго | | | | | | 49 | 4.2 | 0.5 | | |
| Хронични болести во семејството | | | | | | | | | | |
| Да | 136 | 3.8 | 0.7 | 11.616 | 0.009** | 127 | 3.7 | 0.6 | 10.751 | 0.013** |
| Не | 370 | 4.0 | 0.7 | | | 365 | 4.1 | 0.6 | | |
| Потреба од помош и поддршка од областа на менталното здравје | | | | | | | | | | |
| Да | 39 | 3.5 | 0.8 | 6.676 | 0.083 | 22 | 3.7 | 0.7 | 3.731 | 0.291 |
| Не | 467 | 4 | 0.8 | | | 470 | 4.0 | 0.6 | | |

| Физичко насилство | | | | | | | | | | |
|--------------------|-----|-----|-----|--------|---------|-----|-----|-----|--------|----------|
| Не | 477 | 4.0 | 0.7 | 2.712 | 0.438 | 462 | 4.1 | 0.6 | 15.557 | 0.001*** |
| Да | 29 | 3.5 | 0.8 | | | 30 | 3.5 | 0.8 | | |
| Вербално насилство | | | | | | | | | | |
| Не | 316 | 4.1 | 0.7 | 11.617 | 0.009** | 383 | 4.1 | 0.6 | 17.246 | 0.001*** |
| Да | 189 | 3.7 | 0.7 | | | 109 | 3.7 | 0.7 | | |

p<0,01; *p<0,001

4.4.4 ПСИХОЛОШКО ЗДРАВЈЕ

Табелата 16 ја покажува поврзаноста меѓу квалитетот на психолошкото здравје и социодемографските карактеристики, искуството со КОВИД-19 и изложеноста на семејно насилство. Просечната оценка во доменот на психолошкото здравје во однос на полот и местото на живеење на старателите беше приближно иста, а резултатите не укажаа на постоење на статистички значајна разлика ($p>0,05$). **Просечната оценка за доменот на психолошкото здравје во однос на степенот на образование е највисока кај старателите со средно образование, а најниска кај старателите со основно образование.** Резултатите укажаа на постоење на статистички значајна разлика во однос на степенот на образование на старателите ($p<0,01$). Просечната оценка во доменот на психолошкото здравје беше највисока кај старателите со друга форма на вработување, но резултатите не укажуваа на постоење на статистички значајна разлика ($p>0,05$).

Просечната оценка од доменот на психолошкото здравје е повисока кај старателите кои не живеат со член на семејството со хронична болест, но резултатите не посочуваат постоење на статистички значајна разлика ($p>0,05$). **Средната оценка во доменот на психолошкото здравје беше повисока кај старателите кои немале потреба од помош и поддршка од областа на менталното здравје** и резултатите укажуваа на постоење на статистички значајна разлика во однос на таа потреба ($p<0,001$). **Просечната оценка во доменот на психолошкото здравје беше повисока кај старателите кои не биле изложени на физичко насилство** и резултатите укажуваат на постоење на статистички значајна разлика во однос на изложеноста на физичко насилство ($p<0,001$). **Просечната оценка во доменот на психолошкото здравје е повисока кај старателите кои не биле изложени на вербално насилство,** а резултатите посочуваат постоење на статистички значајна разлика во однос на изложеноста на вербално насилство ($p<0,001$).

Просечната оценка во доменот на психолошкото здравје беше највисока кај адолесцентите од машки пол, но резултатите не укажуваа на постоење на статистички значајна разлика ($p>0,05$). Просечниот резултат од доменот на психолошкото здравје беше највисок кај адолесцентите од руралните средини, но исто така, резултатите не посочија постоење на статистички значајна разлика ($p>0,05$). Просечниот резултат од доменот на психолошкото здравје беше највисок кај адолес-

центите од основно училиште, но резултатите не укажуваа на постоење на статистички значајна разлика ($p > 0,05$). Просечната оценка во доменот на психолошко здравје е највисока кај адолесцентите Македонци ($M = 3,4$; $SD = 0,7$), а најниска кај адолесцентите од другите помали етнички групи ($M = 2,9$; $SD = 0,9$). Резултатите укажаа на постоење на статистички значајна разлика во однос на етничката припадност ($N = 20,776$; $p = 0,014$).

Просечниот резултат во доменот на психолошкото здравје беше повисок кај адолесцентите кои не живеат со член на семејството со хронично заболување, а резултатите укажуваа на постоење на маргинална статистички значајна разлика ($p < 0,05$). **Просечната оценка во доменот на психолошкото здравје е повисока кај адолесцентите на кои не им е потребна помош и поддршка од областа на менталното здравје**, а резултатите укажуваат на постоење на статистички значајна разлика ($p < 0,001$). **Просечниот резултат од доменот на психолошко здравје беше понизок кај адолесцентите ј кои биле изложени и на физичко и на вербално насилство**, и резултатите укажуваа на постоење на статистички значајна разлика ($p < 0,005$).

ТАБЕЛА 16. ПОВРЗАНОСТ НА КВАЛИТЕТОТ НА ПСИХОЛОШКО ЗДРАВЈЕ СО СОЦИОДЕМОГРАФСКИТЕ КАРАКТЕРИСТИКИ И СЕМЕЈНОТО НАСИЛСТВО

| | АДОЛЕСЦЕНТИ | | | | | СТАРАТЕЛИ | | | | |
|-------------------------|-------------|-----|-----|-------|-------|-----------|-----|-----|--------|---------|
| | N | M | SD | U/N | p | N | M | SD | U/N | p |
| Пол | | | | | | | | | | |
| Машки | 159 | 3.5 | 0.7 | 1.630 | 0.652 | 147 | 4.1 | 0.5 | 2.213 | 0.529 |
| Женски | 344 | 3.3 | 0.7 | | | 345 | 4.2 | 0.7 | | |
| Место на живеење | | | | | | | | | | |
| Урбано | 421 | 3.3 | 0.7 | 1.984 | 0.576 | 409 | 4.1 | 0.6 | 5.446 | 0.141 |
| Рурално | 85 | 3.4 | 0.7 | | | 83 | 4.2 | 0.6 | | |
| Образование | | | | | | | | | | |
| Основно образование | 81 | 3.6 | 0.6 | 1.788 | 0.618 | 34 | 3.9 | 0.9 | 20.395 | 0.016** |
| Средно образование | 324 | 3.3 | 0.7 | | | 242 | 4.2 | 0.6 | | |
| Високо образование | | | | | | 152 | 4.1 | 0.5 | | |
| Друго | | | | | | 15 | 4.2 | 0.5 | | |
| Вработување | | | | | | | | | | |
| На одредено време | | | | | | 220 | 4.1 | 0.6 | 17.514 | 0.131 |
| Привремено | | | | | | 139 | 4.2 | 0.5 | | |
| Невработен/а | | | | | | 83 | 3.9 | 0.7 | | |
| Друго | | | | | | 49 | 4.2 | 0.5 | | |

| Хронични болести во семејството | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|--------|----------|-----|-----|-----|--------|----------|
| Да | 136 | 3.2 | 0.7 | 7.537 | 0.057* | 127 | 4.0 | 0.6 | 6.076 | 0.108 |
| Не | 370 | 3.4 | 0.6 | | | 365 | 4.2 | 0.6 | | |
| Потреба од помош и поддршка од областа на менталното здравје | | | | | | | | | | |
| Да | 39 | 2.7 | 0.8 | 23.856 | 0.000*** | 22 | 3.9 | 0.6 | 23.681 | 0.000*** |
| Не | 467 | 3.4 | 0.6 | | | 470 | 4.1 | 0.6 | | |
| Физичко насилство | | | | | | | | | | |
| Не | 477 | 3.4 | 0.7 | 8.456 | 0.037* | 462 | 2.0 | 0.5 | 17.846 | 0.000*** |
| Да | 29 | 2.7 | 0.7 | | | 30 | 3.6 | 0.7 | | |
| Вербално насилство | | | | | | | | | | |
| Не | 316 | 3.6 | 0.6 | 22.304 | 0.000*** | 383 | 4.2 | 0.5 | 12.812 | 0.000*** |
| Да | 189 | 3.1 | 0.7 | | | 109 | 3.8 | 0.6 | | |

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

4.4.5 СОЦИЈАЛНИ ОДНОСИ

Табелата 17 ја покажува поврзаноста меѓу квалитетот на психолошкото здравје и социодемографските карактеристики, и изложеноста на семејно насилство. Просечниот резултат за доменот на социјални односи поврзан со полот и местото на живеење на старателите беше приближно ист и резултатите не укажуваат на постоење на статистички значајна разлика ($p > 0,05$). **Просечната оценка во доменот на социјалните односи беше највисока кај лицата со поинаков вид образование од горенаведеното, а најниска кај лицата со основно образование.** Резултатите посочуваат постоење на статистички значајна разлика во однос на степенот на образование на старателите ($p > 0,01$). Просечната оценка од доменот на социјални односи е највисока кај лицата со договор за работа, а најниска кај лицата што не се вработени, но резултатите не укажуваат на постоење на статистички значајна разлика ($p > 0,05$).

Просечната оценка во доменот на социјалните односи беше повисока кај старателите кои не живеат со член на семејството со хронична болест, но резултатите не укажуваат на постоење на статистички значајна разлика ($p > 0,05$). Просечната оценка во доменот на социјалните односи беше повисока кај старателите на кои не им биле потребни помош и поддршка од областа на менталното здравје, но резултатите не укажуваат на постоење на статистички значајна разлика ($p > 0,05$). **Просечниот резултат во доменот на социјални односи беше повисок кај старателите кои не биле изложени на физичко насилство** и резултатите укажуваат на постоење на статистички значајна разлика во однос на изложеноста на физичко насилство ($p < 0,05$). **Просечната оценка во доменот на социјални односи е повисока кај лицата кои не биле изложени на вербално насилство** и резултатите укажуваат на постоење на статистички значајна разлика во однос на изложеноста на вербално насилство ($p < 0,001$).

Просечната оценка во доменот на социјални односи беше највисока кај адолесцентите од машки пол и резултатите укажуваа на постоење на статистички значајна разлика во однос на полот на адолесцентите ($p < 0,001$). Просечната оценка во доменот на социјалните односи е повисока кај адолесцентите од урбана средина, но резултатите не укажуваат на постоење на статистички значајна разлика ($p > 0,05$). Просечната оценка во доменот на социјални односи беше повисока кај адолесцентите од основно училиште и резултатите укажуваа на постоење на маргинална статистички значајна разлика ($p < 0,05$). Просечната оценка во доменот на социјалните односи беше највисока кај адолесцентите Македонци ($M = 3,9$; $SD = 0,7$), а најниска меѓу адолесцентите Албанци ($M = 3,2$; $SD = 1,0$). Резултатите укажаа на постоење на статистички значајна разлика во однос на етничката припадност ($N = 28,375$; $p = 0,019$).

Просечниот резултат од доменот на социјалните односи беше повисок кај адолесцентите кои не живеат со член на семејството со хронично заболување и резултатите укажуваа на постоење на статистички значајна разлика ($p < 0,05$). Просечниот резултат од доменот на социјалните односи беше повисок кај адолесцентите на кои не им била потребна помош и поддршка од областа на менталното здравје, но резултатите не посочуваат постоење на статистички значајна разлика ($p > 0,05$).

Просечната оценка во доменот на социјални односи беше повисока кај адолесцентите кои не биле изложени на физичко насилство, но резултатите не укажуваа на постоење на статистички значајна разлика ($p > 0,05$). Просечната оценка од доменот на социјални односи е повисока кај адолесцентите кои не биле изложени на вербално насилство, но и резултатите не укажуваат на постоење на статистички значајна разлика ($p > 0,05$).

ТАБЕЛА 17. ПОВРЗАНОСТ МЕЃУ КВАЛИТЕТОТ НА СОЦИЈАЛНИ ОДНОСИ, СОЦИОДЕМОГРАФСКИТЕ КАРАКТЕРИСТИКИ И СЕМЕЈНОТО НАСИЛСТВО

| | АДОЛЕСЦЕНТИ | | | | | СТАРАТЕЛИ | | | | |
|-------------------------|-------------|-----|-----|--------|----------|-----------|-----|-----|-------|-------|
| | N | M | SD | U/N | p | N | M | SD | U/N | p |
| Пол | | | | | | | | | | |
| Машки | 159 | 3.9 | 0.9 | 20.543 | 0.001*** | 147 | 4.1 | 0.7 | 1.608 | 0.900 |
| Женски | 344 | 3.7 | 0.8 | | | 344 | 4.1 | 0.7 | | |
| Место на живеење | | | | | | | | | | |
| Урбано | 421 | 3.8 | 0.8 | 8.381 | 0.136 | 408 | 4.1 | 0.7 | 8.228 | 0.144 |
| Рурално | 85 | 3.7 | 0.9 | | | 83 | 4.1 | 0.8 | | |

| Образование | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|--------|--------|-----|-----|-----|--------|----------|
| Основно образование | 81 | 3.9 | 0.8 | 10.645 | 0.059* | 34 | 3.9 | 0.9 | 27.008 | 0.007** |
| Средно образование | 324 | 3.7 | 0.9 | | | 242 | 4.1 | 0.6 | | |
| Високо образование | | | | | | 151 | 4.1 | 0.6 | | |
| Друго | | | | | | 15 | 4.4 | 0.6 | | |
| Вработување | | | | | | | | | | |
| На одредено време | | | | | | 220 | 4.1 | 0.7 | 17.514 | 0.131 |
| Привремено | | | | | | 139 | 4.2 | 0.7 | | |
| Невработен/а | | | | | | 82 | 3.9 | 0.8 | | |
| Друго | | | | | | 49 | 4.1 | 0.6 | | |
| Хронични болести во семејството | | | | | | | | | | |
| Да | 136 | 3.6 | 0.8 | 12.655 | 0.027* | 126 | 3.9 | 0.8 | 8.899 | 0.634 |
| Не | 370 | 3.8 | 0.9 | | | 365 | 4.1 | 0.7 | | |
| Потреба од помош и поддршка од областа на менталното здравје | | | | | | | | | | |
| Да | 39 | 3.3 | | 9.769 | 0.082 | 22 | 3.7 | 0.8 | 5.730 | 0.220 |
| Не | 467 | 3.8 | | | | 469 | 4.1 | 0.7 | | |
| Физичко насилство | | | | | | | | | | |
| Не | 477 | 3.8 | 0.8 | 6.080 | 0.299 | 462 | 4.1 | 0.7 | 0.682 | 0.046* |
| Да | 29 | 3.4 | 0.9 | | | 29 | 3.8 | 0.8 | | |
| Вербално насилство | | | | | | | | | | |
| Не | 316 | 3.9 | 0.8 | 10.342 | 0.066 | 383 | 4.2 | 0.7 | 26.812 | 0.000*** |
| Да | 189 | 3.6 | 0.9 | | | 108 | 3.8 | 0.7 | | |

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

4.4.6 ЖИВОТНА СРЕДИНА

Табелата 18 ја покажува поврзаноста меѓу квалитетот на животната средина и социодемографските карактеристики, искуството со КОВИД-19 и изложеноста на семејно насилство. Просечната оценка од доменот на животната средина во однос на степенот на образование беше најниска кај старателите со основно образование, а највисока кај старателите со друг вид образование. Просечната оценка во доменот на животната средина беше најниска кај невработените старатели, а највисока кај старателите со друг вид вработување. **Резултатите не укажаа на статистички значајна разлика во однос на полот, местото на живеење, степенот на образование и работниот статус на старателите ($p > 0,05$).**

Просечната оценка во доменот на животната средина е повисока кај старателите кои не живеат со член на семејството со хронична болест, но резултатите не укажуваат на статистички значајна разлика ($p > 0,05$). Просечната оценка на животната средина беше повисока меѓу старателите кои немале потреба од помош и поддршка од областа на менталното здравје, но резултатите не укажуваат на статистички значајна разлика ($p > 0,05$). Просечната оценка во доменот на животна средина беше повисока кај старателите кои не биле изложени на физичко насилство, но резултатите не укажуваат на статистички значајна разлика во однос на изложеноста на физичко насилство ($p > 0,05$). Просечната оценка од доменот на животната средина беше повисока кај лицата кои не биле изложени на вербално насилство, но резултатите не укажуваат на статистички значајна разлика во однос на изложеноста на вербално насилство ($p > 0,05$).

Просечната оценка од доменот на животната средина кај адолесцентите од машки и женски пол беше иста, без да се забележат статистички значајни разлики. Просечната оценка на животната средина беше повисока меѓу адолесцентите од основно училиште, но резултатите не укажуваат на статистички значајна разлика ($p > 0,05$). Просечната оценка од доменот на животната средина беше највисока кај адолесцентите Македонци ($M = 4,1$; $SD = 0,6$), а најниска кај адолесцентите Турци и други етнички групи ($M = 3,8$; $SD = 0,7$). Сепак, резултатите не укажуваат на статистички значајна разлика ($H = 0,043$; $p = 0,171$).

Просечната оценка во доменот на животната средина беше повисока кај адолесцентите кои не живеат со член на семејството со хронично заболување, но резултатите не укажуваат на статистички значајна разлика ($p > 0,05$). Просечната оценка на животната средина беше повисока меѓу адолесцентите на кои не им биле потребни помош и поддршка од областа на менталното здравје и не беше регистрирана статистички значајна разлика ($p > 0,05$).

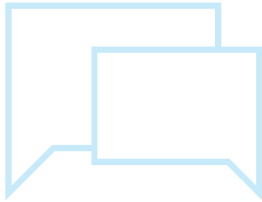
Просечната оценка во доменот на животна средина беше повисока кај адолесцентите кои не биле изложени на физичко насилство, но резултатите не укажуваат на статистички значајна разлика ($p > 0,05$). **Просечната оценка во доменот на животна средина беше повисока кај адолесцентите кои не биле изложени на вербално насилство**, а резултатите укажуваат на статистички значајна разлика ($p < 0,001$).

ТАБЕЛА 18. ПОВРЗАНОСТ МЕЃУ КВАЛИТЕТОТ НА ЖИВОТНАТА СРЕДИНА, СОЦИОДЕМОГРАФСКИТЕ КАРАКТЕРИСТИКИ И СЕМЕЈНОТО НАСИЛСТВО

| | АДОЛЕСЦЕНТИ | | | | | СТАРАТЕЛИ | | | | |
|---------------------------------------------------------------------|-------------|-----|-----|--------|----------|-----------|-----|-----|--------|---------|
| | N | M | SD | U/H | p | N | M | SD | U/H | p |
| Пол | | | | | | | | | | |
| Машки | 159 | 4.0 | 0.7 | 3.880 | 0.274 | 147 | 3.8 | 0.6 | 1.172 | 0.882 |
| Женски | 344 | 4.0 | 0.6 | | | 345 | 3.9 | 0.7 | | |
| Место на живеење | | | | | | | | | | |
| Урбано | 421 | 4.0 | 0.7 | 3.378 | 0.343 | 409 | 3.9 | 0.6 | 14.654 | 0.005** |
| Рурално | 85 | 4.1 | 0.7 | | | 83 | 3.9 | 0.7 | | |
| Образование | | | | | | | | | | |
| Основно образование | 81 | 4.1 | 0.7 | 3.162 | 0.367 | 34 | 3.6 | 0.9 | 18.829 | 0.092 |
| Средно образование | 324 | 4.0 | 0.6 | | | 242 | 3.9 | 0.6 | | |
| Високо образование | | | | | | 152 | 3.9 | 0.6 | | |
| Друго | | | | | | 15 | 4.1 | 0.6 | | |
| Вработување | | | | | | | | | | |
| На одредено време | | | | | | 220 | 3.9 | 0.6 | 16.363 | 0.175 |
| Привремено | | | | | | 139 | 3.9 | 0.6 | | |
| Невработен/а | | | | | | 83 | 3.6 | 0.8 | | |
| Друго | | | | | | 49 | 4.0 | 0.5 | | |
| Хронични болести во семејството | | | | | | | | | | |
| Да | 136 | 3.6 | 0.8 | 4.684 | 0.196 | 127 | 3.7 | 0.6 | 13.939 | 0.007** |
| Не | 370 | 3.8 | 0.9 | | | 365 | 3.9 | 0.6 | | |
| Потреба од помош и поддршка од областа на менталното здравје | | | | | | | | | | |
| Да | 39 | 3.3 | | 5.435 | 0.142 | 22 | 3.7 | 0.7 | 1.012 | 0.907 |
| Не | 467 | 3.8 | | | | 470 | 3.9 | 0.6 | | |
| Физичко насилство | | | | | | | | | | |
| Не | 477 | 4.0 | 0.6 | 3.543 | 0.315 | 462 | 3.9 | 0.6 | 3.117 | 0.538 |
| Да | 29 | 3.5 | 0.7 | | | 30 | 3.5 | 0.6 | | |
| Вербално насилство | | | | | | | | | | |
| Не | 316 | 4.1 | 0.6 | 15.544 | 0.001*** | 383 | 4.7 | 4.0 | 7.485 | 0.112 |
| Да | 189 | 3.8 | 0.6 | | | 109 | 4.3 | 3.6 | | |

p<0,01; *p<0,01

5. ДИСКУСИЈА



Главната цел на студијата беше да се соберат податоци за социодемографските карактеристики и менталното здравје на адолесцентите и нивните старатели за време на пандемијата со КОВИД-19. Оваа студија е прва од ваков вид во Северна Македонија, а според нашите сознанија, и во околните земји.

Откако пандемијата со КОВИД-19 во светот беше прогласена за вонредна јавноздравствена состојба, многу деца, млади и нивните семејства доживеаја драматични нарушувања во секојдневниот живот. Но, адолесцентите и нивните старатели нашле најголема поддршка во семејството. Од друга страна, во споредба со старателите, значително повеќе адолесценти нашле поддршка меѓу пријателите. Со ова се потврдува идејата дека во време на кризи, на адолесцентите им е значајна поддршката од врсниците, што е пресудно за градење пријателства.

Значително повеќе адолесценти (7,7%) од старатели (4,5%) погодени од КОВИД-19 имаа потреба од помош и поддршка од областа на менталното здравје. Но, над половина од оние на кои им биле потребни вакви услуги, вклучително адолесценти и старатели, не побарале помош. Ова може да се должи на ограничените информации за тоа каде да се побара помош, на недостигот од служби за ментално здравје за деца и адолесценти низ земјата и/или на стигматизацијата на барањето помош поврзана со овие услуги.

Застапеноста на симптоми на нарушено ментално здравје кај старателите и кај адолесцентите во општата популација, степенот на депресија и анксиозност утврден во оваа вкрстена студија, не може директно да се споредат со претходните наоди во земјата пред пандемијата. Меѓутоа, присуството на депресија кај 10,4% и анксиозност кај 6,1% од старателите е слично на она во студијата на Кнудсен во Норвешка 2019-2020 година³¹, но пониско од студијата во Чешка во 2020 година³².

31 Knudsen AKS, Stene-Larsen K, Gustavson K, Hotopf M, Kessler RC, Krokstad S, Skogen JC, Øverland S and Reneflot A. Prevalence of mental disorders, suicidal ideation and suicides in the general population before and during the COVID-19 pandemic in Norway: a population-based repeated cross-sectional analysis. *The Lancet Regional Health – Europe* 4. 2021; 100071.

32 Winkler P, Formanek T, Mlada K, Kagstrom A, Mohrova Z, Mohr P and Csemy L. Increase in prevalence of current mental disorders in the context of COVID-19: analysis of repeated nationwide cross-sectional surveys. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2020; 29: e173.

Во студијата на Мариќ и соработниците³³, во текот на 2021 година, спроведена на репрезентативен примерок од 1203 полнолетни испитаници, се покажа дека застапеноста на кое било ментално растројство изнесува 15,2%, на нарушувања во расположението е 4,6%, на анксиозни растројства 4,3% и на злоупотреба на супстанции 8,0%. Авторите наведуваат дека студијата не покажала дека застапеноста на ментални нарушувања го надминала нивото забележано во литературата пред пандемијата со КОВИД-19.

Во однос на адолесцентната популација во периодот пред пандемијата со КОВИД-19, податоците од епидемиолошките студии за менталното здравје на децата и младите низ светот укажуваа дека 13,4% од децата на возраст под 18 години имале некакво нарушување на менталното здравје. Анксиозните растројства биле присутни кај 6,5%, депресивните растројства кај 2,6%, хиперактивноста кај 3,4% и нарушувањата на однесувањето кај 5,7% од нив³⁴. Нашите податоци од 2019 година укажуваат на слична застапеност на нарушувањата кај децата. Имено, во Северна Македонија, Мултииндикаторското кластерско истражување (МИКС)³⁵ покажа дека факторите на ризик за ментално здравје значително се зголемуваат со возраста, во периодот на училишна возраст и адолесценција (од 5 до 18 години), вклучувајќи: тешкотии на училиште, насилство од врсници, семејна дисфункционалност, занемарување, физичка и сексуална злоупотреба, употреба на тутун, алкохол и дрога, патолошко користење интернет и рана бременост. Според истата студија, 9,3% од децата на возраст од 5 до 17 години имаат анксиозни нарушувања, а 1,8% од децата имаат депресивни нарушувања.

Но откако пандемијата со КОВИД-19 стана вонредна јавноздравствена состојба, децата и адолесцентите низ светот беа изложени на значајни промени во секојдневниот живот. За време на пандемијата, симптомите на депресија и анксиозност се покачија поради продолжената социјална изолација, затворањето на училиштата во поголемиот дел од времето, нарушувањето на слободните активности, интересите и спортот и сè поголемото свртување кон виртуелниот свет и кон онлајн-активностите. Неизвесноста, нарушувањето на секојдневните навики и грижата за здравјето и добросостојбата на семејството и најблиските, губењето на блиските членови на семејството поради смрт во текот на пандемијата, се веројатни фактори за зголемување на нивото на генерализираната анксиозност и депресија кај адолесцентите.

33 Marić NP, Lazarević JB, Priebe S, Mihić LJ, Pejović-Milovančević M, Terzić-Šupić Z, Tošković O, Vuković O, Todorović J, Knežević G. Covid-19-related stressors, mental disorders, depressive and anxiety symptoms: a cross-sectional, nationally-representative, face-to-face survey in Serbia. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2021

34 Polanczyk G, Salum G, Sugaya L, Caye A, Rohde I. Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2015; 1-21.

35 State Statistical Office and UNICEF. 2018-2019 North Macedonia Multiple Indicator Cluster Survey and 2018-2019 North Macedonia Roma Settlements Multiple Indicator Cluster Survey, Survey Findings Report. Skopje, North Macedonia: State Statistical Office and UNICEF. 2020

Во скорешните мета-анализи низ светот за време на пандемијата, стапките на клинички зголемени симптоми на депресија и анксиозност кај адолесцентите изнесуваа 25,2% и 20,5%³⁶. Ова значи дека секој четврти адолесцент во светот доживеал клинички покачени симптоми на депресија, а секој петти доживеал значително зголемени симптоми на анксиозност. Споредбата на овие наоди со оние пред пандемијата (6,5% за анксиозност и 2,6% за депресија) посочува дека тешкотиите со менталното здравје на младите се зголемиле над четири пати за време на пандемијата, посебно во првата година и особено кај девојчињата, постарите деца и кај адолесцентите. Во друга компаративна мета-анализа од Ванг и соработниците³⁷, стандардната средна разлика на проценката за анксиозност (пред и по пандемијата) е 0,12. Според авторите, ова претставува значително зголемување во споредба со периодот пред пандемијата. Стандардната средна разлика кај проценката за депресија е 0,17 и 0,23, што исто така, претставува значително покачување во споредба со периодот пред пандемијата. Една ретроспективна вкрстена студија³⁸ спроведена во Германија во текот на 2020 година, во која се прави споредба со истиот период во 2019 година, покажува дека бројот на деца и адолесценти (2-17 години) со симптоми на депресија и анксиозност е зголемен за 9% во однос на анксиозните состојби, а за 12% во однос на депресивните состојби). Зголемувањето е значително поголемо кај девојчињата во споредба со момчињата. Истражувањето покажува дека анксиозноста се зголемила за 13% кај девојчињата и за 5% кај момчињата, додека депресијата се зголемила за 19% кај девојчињата и за 1% кај момчињата.

Во нашата студија, околу 30% од адолесцентите имаат умерени до тешки симптоми на депресија, а речиси половина од адолесцентите (48,4%) долго време се чувствувале нерасположено или тажно во изминатата година. На една четвртина од адолесцентите им се појавиле мисли да се повредат себеси (25,5%), додека само во последниов месец 8,7% од адолесцентите имале мисли за самоповредување. Над 42% од адолесцентите имаат умерени до тешки симптоми на анксиозност. Во фокусот се низа анксиозни нарушувања како социјална анксиозност, генерализирана анксиозност и панични растројства.

Оваа студија (како и претходните студии) покажува дека девојчињата повеќе страдаат од анксиозни и депресивни растројства, што можеби, пред сè, се должи на биолошката подложност, пониската самодоверба, повисоката стапка и поголемата чувствителност на насилство, родова нееднаквост итн. Овие растројства се поприсутни и кај постарите деца и адолесцентите поради биолошката ранливост на пубертетот и хормонските промени кои ја засегаат активноста на мозокот³⁹, а

36 Racine N, McArthur BA, Cooke JE, Eirich R, Zhu J, Madigan S. Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID-19 A Meta-analysis, *JAMA Pediatrics*. 2021; 175: 1-11.

37 Wang S, Chen L, Ran H, et al. Depression and anxiety among children and adolescents pre and post COVID-19: A comparative meta-analysis. *Front. Psychiatry*. 2020; 13: 917552.

38 Kostev K, Weber K, Riedel-Heller S, von Vultée C, Bohlken J. Increase in depression and anxiety disorder diagnoses during the COVID-19 pandemic in children and adolescents followed in pediatric practices in Germany. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2021; 26: 1-7.

39 Oldehinkel AJ, Bouma EM. Sensitivity to the depressogenic effect of stress and HPA-axis reactivity in adolescence: a review of gender differences. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2011; 35 (8): 1757-70.

дополнително и поради социјалните фактори⁴⁰ – изолацијата и физичкото дистанцирање кои ги погодуваат адолесцентите, особено поради фактот што многу им значат односите со врсниците.

Депресијата и генерализираната анксиозност се најчестите проблеми со менталното здравје кај адолесцентите. Депресивните симптоми, во коишто спаѓаат чувството на тага, губењето интерес и задоволство за активности, како и нарушувањето на регулаторните функции како што се сонот и апетитот, значително се присутни. Генерализираните симптоми на анксиозност кај младите се манифестираат како нагласено чувство на загриженост, страв и високо ниво на вознемиреност, а често се придружени со соматски симптоми, болка, напнатост и сл.

Повеќе студии покажуваат дека пандемијата со КОВИД-19 има негативно влијание врз менталното здравје на родителите⁴¹, а исто така, документирано е и дека анксиозноста и депресијата на родителите може да се пренесат врз децата⁴². Нашето истражување покажува дека 10,4% од старателите имале депресивни симптоми, 6,1% имале симптоми на анксиозност, додека 22,4% се соочиле со тешкотии предизвикани од негативното влијание на овие симптоми. Родителите претставуваат модел за идентификација на своите деца, а што е уште позначајно, во услови на зголемен стрес поради пандемијата, депресијата и анксиозноста на родителите поинтензивно се пренесува врз децата⁴³.

Скорешната студија на УНИЦЕФ⁴⁴ во нашата земја покажа дека покрај директниот ефект, пандемијата продлабочи и други социјални фактори што придонесуваат за влошување на менталното здравје, на пример: сиромаштијата, зачестеното семејно насилство, насилството врз децата, врсничкото насилство и насилството на интернет. Истата студија покажува дека речиси 73% од децата во Северна Македонија на возраст од 1 до 14 години се изложени на некаков вид злоупотреба, а 7% од децата доживуваат тешки форми на насилство. Негативните искуства од детството, злоупотребата и насилството се големи фактори на ризик коишто го засегаат подоцнежното ментално и физичко здравје.

40 Marie R, Journault AA, Cernik R, Welch P, Lupien S, McDermott B, Moxon JV, Sarnyai Z. A Cross-Sectional Study Investigating Canadian and Australian Adolescents' Perceived Experiences of COVID-19: Gender Differences and Mental Health Implications. *International journal of environmental research and public health*. 2022; 19 (7): 4407.

41 Calvano C, Engelke L, Di Bella J, Kindermann J, Renneberg B, Winter SM. Families in the COVID-19 pandemic: parental stress, parent mental health and the occurrence of adverse childhood experiences—results of a representative survey in Germany. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2021; 1:1–13.

42 Aktar E, Nikoli M, Bgels SM. Environmental transmission of generalized anxiety disorder from parents to children: Worries, experiential avoidance, and intolerance of uncertainty. *Dialogues Clin Neurosci*. 2017; 19:137–47.

43 Heinrichs N, Cronrath A L, Degen M, & Snyder DK. The link between child emotional and behavioral problems and couple functioning. *Family Science*, 2011; 1(3-4), 152-172.

44 Petreski M, Petreski B, Tomovska – Misoska A, Gerovska – Mitev M, Parnardzieva – Zmejкова M, Dimkovski V, Morgan N. The Social and Economic Effects of COVID-19 on Children in North Macedonia: Rapid Analysis and Policy Proposals UNICEF. 2020

Епидемиолошката студија за застапеноста на злоупотребата и запоставувањето во детството во балканските земји⁴⁵ покажа дека 64% од децата во Северна Македонија биле изложени на психолошко насилство, а 51% од нив на физичко насилство. Нашето истражување покажа дека во меѓупартнерските односи на старателите доминира вербално насилство, како и значителен степен на вербално насилство насочено кон нивните деца. Се покажа дека интензитетот на проблемите со менталното здравје е значително поголем кај адолесцентите и кај старателите изложени на физичко и вербално насилство. Сепак, исклучок е анксиозноста кај старателите, која е потесно поврзана со изложеност на вербално насилство, отколку со физичко насилство.

Во контекст на пандемијата со КОВИД-19, проблемите со менталното здравје значително се влошуваат кога се живее со член на семејството кој е хронично болен. И старателите и адолесцентите кои живеат со член на семејството со хронична болест имаа повисок степен на депресија и анксиозност, како и значително поголема потреба од помош и поддршка во областа на менталното здравје. Воедно и старателите и адолесцентите од женски пол покажуваат значително повисок страв од КОВИД-19, што потенцијално придонесува кон поголема анксиозност и депресија.

Се чини дека општата перцепција за квалитетот на живот кај старателите е поврзана со нивниот работен статус, изложеноста на физичко и вербално насилство, и потребата од помош и поддршка во областа на менталното здравје. Подобра перцепција имаат оние кои се вработени, кои не биле изложени на насилство и на кои не им биле потребни помош и поддршка во областа на менталното здравје. Слична е ситуацијата со општата перцепција за личното здравје, физичкото здравје, психолошкото здравје и социјалните односи, која е подобра кај старателите кои не биле изложени на физичко и на вербално насилство. На намалување на општата перцепција за квалитетот на живот кај адолесцентите исто така влијае доживеаното физичко и вербално насилство и потребата од помош и поддршка во областа на менталното здравје, но и родовите улоги и припадноста на женскиот пол и живењето со член на семејството кој има хронична болест. Резултатите дадоа слична слика на општата перцепција за личното здравје, физичкото здравје, психолошкото здравје и на социјалните односи. Овие домени на здравјето добија повисоки оценки кај адолесцентите од машки пол, односно кај оние што не биле изложени на физичко насилство, немале потреба од помош и поддршка во областа на менталното здравје и не живееле со хронично болен член на семејството.

45 Nikolaidis, G., Petroulaki, K., Zarokosta, F., et al. Lifetime and past-year prevalence of children's exposure to violence in 9 Balkan countries: the BECAN study. *Child and adolescent psychiatry and mental*. 2018; 12 (1): 1-15.

Како фактор на ризик во поглед на појава на ментално здравствени проблеми ж се издвојува припадноста на помалите етнички групи. Во семејствата во Северна Македонија, досега е познато дека заштитни фактори за здравото функционирање на адолесцентите на возраст од 11, 13 и 15 години се средината и социо-економскиот статус на семејството⁴⁶. Студијата за однесувањето на учениците во однос на здравјето посочува дека децата од маргинализираните заедници покажуваат послаб ран социо-емоционален развој, имаат помала стапка на запишување во основно училиште и послаб успех. Мал процент од родителите во овие заедници користат ненасилни дисциплински пристапи.

Децата во Северна Македонија постојано негативно го оценуваат задоволството од животот. Според овие податоци, адолесцентите во земјава се најниско рангирани во споредба со 42 други европски земји, каде што, од друга страна, задоволството од животот постојано расте. Слично на тоа, девојчињата пријавуваат помала физичка активност, помала социјализација вон училиште, почесто користење електронски медиуми и помала поддршка од семејството и пријателите. Адолесцентите од низок социо-економски статус пријавуваат полошо здравје и помало задоволство од животот.

Во услови на значително нагласен социјален стрес, како во случајот на пандемијата со КОВИД-19, која влијае директно, но и индиректно, нагласувајќи ја родовата, социјалната и економската нееднаквост, негативните последици започнуваат во детството и адолесценцијата, па продолжуваат во зрелоста. Овие последици се одразуваат врз невробиолошките врски чувствителни на стрес и на негативни животни околности, засилувајќи и дестабилизирајќи го развојот, и водејќи до сериозни проблеми со менталното здравје.

Неколку наоди кои произлегоа од овој извештај беа неочекувани, или затоа што не беа во согласност со другите меѓународни студии спроведени за време на пандемијата со КОВИД-19, или затоа што не ги потврдија нашите хипотези. На пример, иако преваленцата на потенцијалната клиничка дијагноза на депресија или анксиозност кај адолесцентите беше споредлива со други меѓународни студии⁴⁷, старателите изразија стапки на депресија (околу 10%) и анксиозност (околу 6%) споредливи со статистичките податоци од пред пандемијата⁴⁸. Сепак, не забележавме зголемување на овие стапки, додека, на меѓународно ниво, беа пријавени стапки на преваленца од околу 50% за депресија и 25% за анксиозност⁴⁹. Овој наод би можел барем делумно да се објасни преку различниот начин на проценка на симптомите во различни студии, како и со разликите на ниво на социокултуриот

46 HBSCM. Колку здраво и еднакво живеат младите во Македонија: Однесувања поврзани со здравјето кај учениците на 11, 13 и 15 години. Скопје: Друштво за психо-социјална и кризна акција Малинска. 2017

47 Racine, N., McArthur, B. A., Cooke, et al. Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID-19: A Meta-analysis. *JAMA Pediatrics*. 2021; 175(11): 1142-1150.

48 Lim, G. Y., Tam, W. W., Lu, Y., et al. Prevalence of Depression in the Community from 30 Countries between 1994 and 2014. *Scientific Reports*. 2018; 8(1): 2861

49 Shah, S. M. A., Mohammad, D., Qureshi, M. F. H., et al. Prevalence, Psychological Responses and Associated Correlates of Depression, Anxiety and Stress in a Global Population, During the Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic. *Community Ment Health J*. 2021; 57(1): 101-110.

контекст. Сепак, потребни се повеќе истражувања за да се потврди ова. Покрај тоа, вообичаениот наод дека стапките на застапеност на депресијата се повисоки кај жените⁵⁰ се потврдува со нашите резултати. Иако ова не е во согласност со нашата хипотеза, некои студии покажаа изедначување на дистрибуцијата на проблеми со менталното здравје меѓу половите за време на пандемијата со КОВИД-19, иако овие студии во голема мера се фокусираат врз адолесцентната популација⁵¹. Резултатите од ова истражување подлежат на одредени ограничувања. Вкрстената структура на оваа студија ја ограничува можноста за генерализација на резултатите и можеби не е целосно репрезентативна за адолесцентите и нивните родители во земјава. Исто така, оваа студија не ги спореди резултатите со другите старосни категории на млади и возрасни лица.

Примерокот беше направен од државните училишта кои покажаа интерес за учество во студијата, што може да придонесе кон пристрасност во изборот. Бројот на испитаници од малцинските групи, исто така, е низок и не дозволува генерализирање на резултатите во однос на припадниците на малцинските групи. Процентот на женски испитаници (старателки и адолесцентки) е поголем поради поголемата вклученост на мајките-старателки во грижата за децата и можеби, поради поголемата мотивираност на адолесцентките да учествуваат во истражувањето.

Одговорите беа засновани на анкетни прашалници, кои испитаниците сами ги пополнуваа. Потенцијалната слабост на ваквите анкети лежи во тоа што поверојатно е испитаниците да дадат одговори кои би се сметале за социјално пожелни и прифатливи, наместо да одговараат на чувствителни прашања.

Потенцијална слабост на студиите кои ретроспективно ги оценуваат искуствата од претходните две години е можноста за субјективно сеќавање на настаните, како на пример, прекумерно пријавување на најскорешните и најсериозните искуства. Постои можност за диференцијална меморија, во зависност од природата и важноста на настаните. Меѓутоа, иако таквата мемориска пристрасност може да биде присутна во ретроспективни вкрстени студии, сѐ уште не е јасен степенот до кој таа всушност влијае врз резултатите од истражувањето или пак, во голема мера зависи од контекстот на студијата⁵². Освен тоа, употребивме внимателно конструирана студија и користевме валидирани инструменти, што барем делумно го намалува ризикот од субјективност. Идните студии може да приберат дополнителни информации кои ќе ги надополнат нашите резултати. На пример, информациите може да се извлечат од медицинска евиденција (на пр., за преваленцата на депресија и анксиозност).

50 Kuehner C. Why is depression more common among women than among men? *Lancet Psychiatry*. 2017; 4(2): 146-158.

51 Rao, M. E., Rao, D. M. The Mental Health of High School Students During the COVID-19 Pandemic. *Frontiers in Education*. 2021; 6.

52 Chouinard E, Walter S. Recall bias in case-control studies: an empirical analysis and theoretical framework. (Шуинар Е, Валтер С. Мемориска субјективност во контролни студии на случаи: емпириска анализа и теоретска рамка.) *J Clin Epidemiol*. 1995 фев;48(2):245-54.

Искуството со спроведувањето на оваа студија придонесе кон одредени поуки. Прво, наодите укажуваат на важноста на собирање податоци засновани врз докази за ранливите популации во контекст на вонредни здравствени ситуации и спроведување епидемиолошки истражувања, особено собирање информации за менталното здравје на адолесцентите, старателите, жените, етничките малцински групи и лицата со низок социо-економски статус. Второ, наодите посочуваат колку е важно да се проценат разните форми на злоупотреба и занемарување како фактори на ризик за лошо ментално здравје. Трето, треба да се посвети посебно внимание на културна адаптација на инструментите за проценка и нивно пилот-тестирање со учесници од различни старосни групи и социо-економско потекло. Четврто, треба да се насочат дополнителни напори кон споделување информации и кон сензибилизација на училишниот кадар и претставниците на националните институции во однос на практиките за истражување на менталното здравје кај старателите, децата и адолесцентите.

6. ОГРАНИЧУВАЊА НА СТУДИЈАТА



Резултатите од ова истражување подлежат на одредени ограничувања. Вкрстената структура на оваа студија ја ограничува можноста за генерализација на резултатите и можеби не е целосно репрезентативна за адолесцентите и за нивните родители во земјава. Исто така, оваа студија не ги спореди резултатите со другите старосни категории на млади и на возрасни лица.

Примерокот беше направен од државните училишта кои покажаа интерес за учество во студијата, што може да придонесе кон пристрасност во изборот. Бројот на испитаници од етничките групи, исто така, е низок и не дозволува генерализирање на резултатите во однос на припадниците на етничките групи. Процентот на испитаници од женски пол (старателки и адолесцентки) е поголем поради поголемата вклученост на мајките-старателки во грижата за децата и можеби, поради поголемата мотивираност на адолесцентките да учествуваат во истражувањето.

Одговорите беа засновани на прашалници, кои испитаниците сами ги пополнуваа. Потенцијалната слабост на ваквите истражувања лежи во тоа што поверојатно е испитаниците да дадат одговори кои би се сметале за социјално пожелни и прифатливи, наместо да одговараат на чувствителни прашања.

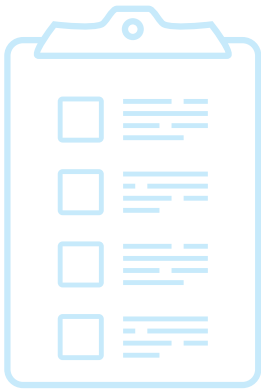
Потенцијална слабост на студиите кои ретроспективно ги оценуваат искуствата од претходните две години е можноста за субјективно сеќавање на настаните, како на пример, прекумерно пријавување на најскорешните и најсериозните искуства. Постои можност за диференцијална меморија, во зависност од природата и важноста на настаните. Меѓутоа, иако таквата мемориска пристрасност може да биде присутна во ретроспективни вкрстени студии, сè уште не е јасен степенот до кој таа всушност влијае врз резултатите од истражувањето или пак, во голема мера зависи од контекстот на студијата⁵³. Освен тоа, употребивме внимателно конструирана студија и користевме валидирани инструменти, што барем делумно го намалува ризикот од субјективност. Идните студии може да приберат дополнителни информации кои ќе ги надополнат нашите резултати. На пример, информациите може да се извлечат од медицинска евиденција (на пр., за застапеноста на депресија и анксиозност).

53 Chouinard E, Walter S. Recall bias in case-control studies: an empirical analysis and theoretical framework. *J Clin Epidemiol.* 1995 фев;48(2):245-54.

Искуството со спроведувањето на оваа студија придонесе кон одредени поуки. Прво, наодите укажуваат на важноста на собирање податоци засновани врз докази за ранливите популации во контекст на вонредни здравствени ситуации и спроведување епидемиолошки истражувања, особено собирање информации за менталното здравје на адолесцентите, старателите, жените, етничките групи и на лицата со низок социо-економски статус. Второ, наодите посочуваат колку е важно да се проценат разните форми на насилство како фактори на ризик за лошо ментално здравје. Трето, треба да се посвети посебно внимание на културна адаптација на инструментите за проценка и нивно пилот-тестирање со учесници од различни старосни групи и социо-економско потекло. Четврто, треба да се насочат дополнителни напори кон споделување информации и кон сензибилизација на училишниот кадар и претставниците на националните институции во однос на практиките за истражување на менталното здравје кај старателите, децата и кај адолесцентите.

7.

ЗАКЛУЧОЦИ



Целта на оваа студија беше да се соберат податоци за социодемографските карактеристики и менталното здравје на адолесцентите и на нивните старатели за време на пандемијата со КОВИД-19 во Северна Македонија. Податоците беа обработени со цел на национално ниво да се утврдат стапките на застапеност и факторите на ризик поврзани со нарушеното ментално здравје и квалитет на живот кај адолесцентите и кај нивните старатели. Со испитување на податоците за менталното здравје, како и факторите на ризик, овој извештај не само што разгледува прашања за проблемите со менталното здравје, туку дава и одреден увид во степенот до кој се почитуваат детските права. Последново се однесува особено на родовата еднаквост, социо-економско потекло и заштита од (семејно) насилство.

Значително поголем процент од испитаниците се од женски пол, како и старателки кои се изјасниле како мајки. Адолесцентите и старателите претежно живеат во урбана средина и се декларираат како Македонци. Домаќинствата често се состојат од пошироки семејства и покрај старателите и младите, вклучуваат дополнителен член. Повеќето испитаници самите биле заразени со коронавирусна болест или бил заразен член од нивното семејството, а доживеале и финансиско-емоционални последици од КОВИД-19. Испитаните старатели сметаат дека најголемата поддршка ја добиваат од семејството, а адолесцентите од семејството и од пријателите.

Прво, студијата покажува дека адолесцентите и старателите од женски пол пријавиле поголем страв од КОВИД-19. Но, податоците покажуваат дека влијанието на индиректните последици од вирусот врз менталното здравје и квалитетот на живот игра поголема улога отколку влијанието на стравот од КОВИД-19. Стапките на депресија, анксиозност и дисфункционалност предизвикани од депресивни симптоми се речиси двојно повисоки кај адолесцентите во споредба со нивните старатели. Речиси половина од адолесцентите изјавиле дека се чувствувале нерасположено или тажно во изминатава година. Стапките на депресија се повисоки кај адолесцентите од женски пол и кај постарите адолесценти. Исто така, повисоки стапки на анксиозност и депресија се забележани кај адолесцентите и старателите кои живеат со член во семејството со хронична болест. Интересно е што интензитетот на анксиозноста е поголем кај семејствата кои живеат во урбани средини. Од особена важност е фактот што значителен број старатели и адолесценти имаат самоповредувачки мисли, за што се потребни соодветни социјално-здравствени мерки.

Значајни се и податоците за голем број испитаници на кои им беше потребна помош и поддршка во областа на менталното здравје, но или не пристапиле до неа или не ја добиле. Нивните симптоми на депресија и анксиозност се значително повисоки во споредба со оние кои не препознале таква потреба. Како особено ранлива категорија за појава на проблеми со менталното здравје се издвојуваат етничките групи, особено оние кои не спаѓаат во поголемите етнички заедници.

Во меѓупартнерските односи на старателите доминира вербалното насилство, како и значителното вербално насилство насочено кон нивните деца. Се покажа дека интензитетот на проблемите со менталното здравје е значително поголем кај адолесцентите и кај старателите изложени на физичко и вербално насилство. По исклучок, може да се забележи дека анксиозноста кај старателите е потесно поврзана со изложеноста на вербално отколку на физичко насилство.

Интересен податок е дека старателите со високо образование и со друг вид вработување (најчесто приватен бизнис) изјавуваат за висок квалитет на живот и лично здравје. Кај адолесцентите се истакнува разликата во однос на полот, при што адолесцентите од женски пол изјавуваат дека имаат понизок квалитет на живот и лично здравје. Се покажа дека физичкото здравје е подобро кај старателите во руралните средини, додека адолесцентите од машки пол се позадоволни од социјалните односи во споредба со адолесцентите од женски пол. Интересно е што квалитетот на личното здравје подобро го имаат оценето учениците во основно училиште, но, личното здравје најниско го оцениле старателите само со основно образование, во однос на оние со повисок степен на образование. Повторно, изложеноста на насилство се издвојува како значаен фактор во перцепцијата за квалитетот на живот и личното здравје кај старателите и кај адолесцентите.

Задоволството од животот континуирано се оценува како негативно кај децата во Северна Македонија и според други достапни студии. Девојчињата пријавуваат помала физичка активност, помала социјализација вон училиште, почесто користење електронски медиуми и помала поддршка од семејството и од пријателите. Исто така, адолесцентите со низок социо-економски статус пријавуваат полошо здравје и пониско задоволство од животот.

Студијата ја нагласува потребата да се инвестира во соодветни итни мерки, ресурси и акциони/стратешки планови за заштита и подобрување на менталното здравје и добросостојба кај адолесцентите и кај нивните старатели. Од особено значење е да се развиваат политики и мерки кои се родово сензитивни, но и достапни и ефективни за лицата од социјално ранливите категории во нашето општество.

8. ПРЕПОРАКИ



Во согласност со наодите, дадени се следниве препораки:

1. Изработка и имплементација на национална стратегија и акционен план за промоција на менталното здравје и превенција на нарушувањата на менталното здравје на децата и на адолесцентите, со особен акцент на родовите и другите специфичности, како и децата и адолесцентите во социјален ризик и оние со попреченост;

Примарна/универзална превенција:

- Подигање на свеста и спроведување јавни кампањи за промоција на менталното здравје на децата и на адолесцентите, намалување на стигмата поврзана со засегање на менталното здравје и со барањето помош и поддршка;
- Спроведување програми за промоција на менталното здравје и за превенција на проблемите со ментално здравје кај децата и кај адолесцентите во примарната здравствена заштита, во основните и во средните училишта, во руралните средини, меѓу етничките групи;
- Спроведување родово сензитивни програми за превенција на депресија, анксиозност, суицидалност и самоповредување кај децата и кај адолесцентите во основните и во средните училишта (со посебен фокус врз родовите разлики и различните културни и родови потреби, како и во справувањето со депресијата и анксиозноста, особено кај девојчињата и кај младите жени);

Селективна превенција:

- Поддршка и развивање различни модалитети на услуги за менталното здравје на децата и младите, и зајакнување на постоечките;
- Развивање и обезбедување достапност на технолошки-поткрепени услуги за менталното здравје за децата и младите (дигитални програми за справување со стрес и негативни животни настани, онлајн психолошко советување, телепсихолошка помош и сл.);

- Следење на ранливите категории деца и адолесценти, особено оние кои живеат во семејства со членови кои имаат хронични ментални болести, како и деца и адолесценти кои имале потреба или побарале помош и деца и адолесценти изложени на насилство;
 - Креирање програми за врсничка поддршка и советување меѓу младите и за јакнење на позитивните односи меѓу врсниците;
 - Приспособување на технолошки-поткрепените програми за ментално здравје за да се подобри пристапот до грижа за старателите и младите;
2. Превенција на насилство врз и меѓу деца и млади во сите средини;
 3. Развивање, адаптација, евалуација и поддршка на програми за родителство засновани на докази како примарни превентивни програми за унапредување на детското и адолесцентно ментално здравје и превенција на насилство врз деца и адолесценти;
 - Спроведување програми за семејна поддршка во кои ќе вклучуваат родители/старатели на деца од различна возраст, со фокус на социо-емоционалниот развој, односот родител-дете, како и поддршка на здрави животни стилови, градење резилиентност и користење ненасилни дисциплински пристапи;
 - Изработка на национални програми за родителски вештини и компетенции на родители на деца до 9 години, помлади адолесценти до 14 години и постари адолесценти до 18 години.
 4. Зајакнување на соработката меѓу институциите и службите вклучени во здравствената и социјалната заштита, образованието, владините и граѓанските организации и други засегнати групи (пр. младински организации, родители/старатели и сл.), во правец на застапување, поддршка и усвојување на здравствени политики на локално и национално ниво, насочени кон добросостојбата на децата и адолесцентите, како и кон добросостојбата на нивните семејства;
 5. Зајакнување на капацитетите за собирање податоци и проценка на потребите, преку континуиран развој и поддршка на интегриран систем за следење на менталното здравје на децата и на адолесцентите преку националниот електронски систем (МојТермин), кој го води Управата за електронско здравство при Министерството за здравство.

9.

КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА



1. Necho M, Tsehay M, Birkie M, Biset G, Tadesse E. Prevalence of anxiety, depression, and psychological distress among the general population during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Social Psychiatry*. 2021; 67(7): 892-906.
2. Merikangas KR, Nakamura EF, Kessler RC. Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in clinical neuroscience*. 2022.
3. Solmi M, Estradé A, Thompson T, Agorastos A, Radua J, Cortese S, Dragioti E, Leisch F, Vancampfort D, Thygesen LC, Aschauer H. Physical and mental health impact of COVID-19 on children, adolescents, and their families: The Collaborative Outcomes study on Health and Functioning during Infection Times-Children and Adolescents (COH-FIT-C&A). *Journal of Affective Disorders*. 2022; 299: 367-76.
4. GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020; 396(10258): 1204-1222
5. Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*. 2005; 62(6): 593-602.
6. Liu Q, He H, Yang J, et al. Changes in the global burden of depression from 1990 to 2017: Findings from the Global Burden of Disease study. *J Psychiatr Res*. 2020; 126: 134-140.
7. Yang X, Fang Y, Chen H. Global, regional and national burden of anxiety disorders from 1990 to 2019: results from the Global Burden of Disease Study 2019. *Epidemiology and psychiatric sciences*. 2021; 30: e36.
8. Purtle J, Nelson KL, Yang Y, et al. Urban–rural differences in older adult depression: A systematic review and meta-analysis of comparative studies. *American Journal of Preventive Medicine*. 2019; 56(4): 603-613.
9. Lever-van Milligen BA, Verhoeven JE, Schmaal L, et al. The impact of depression and anxiety treatment on biological aging and metabolic stress: study protocol of the Mood treatment with antidepressants or running (MOTAR) study. *BMC Psychiatry*. 2019; 19(1): 425.

10. König H, König HH, Konnopka A. The excess costs of depression: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiology and psychiatric sciences*. 2019; 29: e30.
11. Cuijpers P, Smit F, Oostenbrink J, et al. Economic costs of minor depression: a population-based study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2007; 115(3): 229-236.
12. Santomauro DF, Mantilla Herrera AM, Shadid J, et al. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*. 2021; 398(10312): 1700-1712.
13. Hafstad GS, Augusti EM. A lost generation? COVID-19 and adolescent mental health. *The Lancet Psychiatry*. 2021; 8(8): 640-641.
14. Auerbach RP, Mortier P, Bruffaerts R, et al. WHO World Mental Health Surveys International College Student Project: Prevalence and distribution of mental disorders. *J Abnorm Psychol*. 2018; 127(7): 623-638.
15. Ding K, Yang J, Chin MK, Sullivan L, Demirhan G, Violant-Holz V, Uvinha RR, Dai J, Xu X, Popeska B, Mladenova Z. Mental health among adults during the COVID-19 pandemic lockdown: a cross-sectional multi-country comparison. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(5): 2686.
16. Ramey HL, Lawford HL, Berardini Y, Caimano S, Epp S, Edwards C, Wolff L. It's Difficult to Grow Up in an Apocalypse: Children's and adolescents' experiences, perceptions and opinions on the COVID-19 pandemic in Canada. *Innocenti Research Report, UNICEF Office of Research - Innocenti, Florence*. 2022.
17. Wainberg, M. L., Scorza, P., Shultz, J. M., et al. Challenges and Opportunities in Global Mental Health: a Research-to-Practice Perspective. *Curr Psychiatry Rep*. 2017; 19(5): 28.
18. Ristevska-Dimitrovska G, Batic D. The impact of COVID-19 on mental health of healthcare workers and police/army forces in the Republic of North Macedonia. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2020; 40: S479.\
19. Mancevska S, Gligoroska JP, Velickovska LA. Levels of anxiety and depression in second year medical students during COVID-19 pandemic spring lockdown in Skopje, North Macedonia. *Research in Physical Education, Sport and Health*. 2020.
20. State statistical office of Republic of North Macedonia. *Census of the population, households and housing in Republic of North Macedonia*. 2021; makstat.gov.mk
21. Carvajal L, Ahs JW, Requejo JH, Kieling C, Lundin A, Kumar M, Luitel NP, Marlow M, Skeen S, Tomlinson M, Kohrt BA. Measurement of Mental Health Among Adolescents at the Population Level: A Multicountry Protocol for Adaptation and Validation of Mental Health Measures. *Journal of Adolescent Health*. 2022.
22. World Health Organization. *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. World Health Organization; 2006.

23. Kroenke K, Spitzer RL. The PHQ-9: a new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatric annals*. 2002; 32(9): 509-15.
24. Manea L, Gilbody S, McMillan D. Optimal cut-off score for diagnosing depression with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): a meta-analysis. *Cmaj*. 2012; 184(3): 191-6.
25. Johnson JG, Harris ES, Spitzer RL, Williams JB. The patient health questionnaire for adolescents: validation of an instrument for the assessment of mental disorders among adolescent primary care patients. *Journal of Adolescent Health*. 2002; 30(3): 196-204.
26. Nandakumar AL, Vande Voort JL, Nakonezny PA, Orth SS, Romanowicz M, Sonmez AI, Ward JA, Rackley SJ, Huxsahl JE, Croarkin PE. Psychometric properties of the patient health questionnaire-9 modified for major depressive disorder in adolescents. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*. 2019; 29(1): 34-40.
27. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*. 2006; 166(10): 1092-7.
28. Ahorsu DK, Lin CY, Imani V, Saffari M, Griffiths MD, Pakpour AH. The fear of COVID-19 scale: development and initial validation. *International journal of mental health and addiction*. 2020; 27:1-9.
29. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Quality of Life Research*. 2004; 13(2): 299-310.
30. StatSoft Inc. (2004) STATISTICA (Data Analysis Software System), Version 7.
31. Knudsen AKS, Stene-Larsen K, Gustavson K, Hotopf M, Kessler RC, Krokstad S, Skogen JC, Øverland S and Reneflot A. Prevalence of mental disorders, suicidal ideation and suicides in the general population before and during the COVID-19 pandemic in Norway: a population-based repeated cross-sectional analysis. *The Lancet Regional Health – Europe* 4. 2021; 100071.
32. Winkler P, Formanek T, Mlada K, Kagstrom A, Mohrova Z, Mohr P and Csemy L. Increase in prevalence of current mental disorders in the context of COVID-19: analysis of repeated nationwide cross-sectional surveys. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2020; 29: e173.
33. Marić NP, Lazarević JB, Priebe S, Mihić LJ, Pejović-Milovančević M, Terzić-Šupić Z, Tošković O, Vuković O, Todorović J Knežević G. Covid-19-related stressors, mental disorders, depressive and anxiety symptoms: a cross-sectional, nationally-representative, face-to-face survey in Serbia, *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2021

34. Polanczyk G, Salum G, Sugaya L, Caye A, Rohde I. Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2015; 1-21.
35. State Statistical Office and UNICEF. 2018-2019 North Macedonia Multiple Indicator Cluster Survey and 2018-2019 North Macedonia Roma Settlements Multiple Indicator Cluster Survey, Survey Findings Report. Skopje, North Macedonia: State Statistical Office and UNICEF. 2020
36. Racine N, McArthur BA, Cooke JE, Eirich R, Zhu J, Madigan S. Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID-19 A Meta-analysis, *JAMA Pediatrics*. 2021; 175: 1-11.
37. Wang S, Chen L, Ran H, et al. Depression and anxiety among children and adolescents pre and post COVID-19: A comparative meta-analysis. *Front. Psychiatry*. 2020; 13: 917552.
38. Kostev K, Weber K, Riedel-Heller S, von Vultée C, Bohlken J. Increase in depression and anxiety disorder diagnoses during the COVID-19 pandemic in children and adolescents followed in pediatric practices in Germany. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2021; 26: 1-7.
39. Oldehinkel AJ, Bouma EM. Sensitivity to the depressogenic effect of stress and HPA-axis reactivity in adolescence: a review of gender differences. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2011;35(8):1757-70.
40. Marie R, Journault AA, Cernik R, Welch P, Lupien S, McDermott B, Moxon JV, Sarnyai Z. A Cross-Sectional Study Investigating Canadian and Australian Adolescents' Perceived Experiences of COVID-19: Gender Differences and Mental Health Implications. *International journal of environmental research and public health*. 2022;19(7):4407.
41. Calvano C, Engelke L, Di Bella J, Kindermann J, Renneberg B, Winter SM. Families in the COVID-19 pandemic: parental stress, parent mental health and the occurrence of adverse childhood experiences—results of a representative survey in Germany. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2021; 1:1–13.
42. Aktar E, Nikoli M, Bgels SM. Environmental transmission of generalized anxiety disorder from parents to children: Worries, experiential avoidance, and intolerance of uncertainty. *Dialogues Clin Neurosci*. 2017; 19:137–47.
43. Heinrichs N, Cronrath A L, Degen M, & Snyder DK. The link between child emotional and behavioral problems and couple functioning. *Family Science*, 2011; 1(3-4), 152-172.
44. Petreski M, Petreski B, Tomovska – Misoska A, Gerovska – Mitev M, Parnardzieva – Zmejкова M, Dimkovski V, Morgan N. The Social and Economic Effects of COVID-19 on Children in North Macedonia: Rapid Analysis and Policy Proposals UNICEF. 2020

45. Nikolaidis, G., Petroulaki, K., Zarokosta, F., et al. Lifetime and past-year prevalence of children's exposure to violence in 9 Balkan countries: the BECAN study. *Child and adolescent psychiatry and mental health*. 2018; 12(1): 1-15.
46. HBSCM. Колку здраво и еднакво живеат младите во Македонија: Однесувања поврзани со здравјето кај учениците на 11, 13 и 15 години. Скопје: Друштво за психо-социјална и кризна акција Малинска. 2017
47. Racine, N., McArthur, B. A., Cooke, et al. Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID-19: A Meta-analysis. *JAMA Pediatrics*. 2021; 175(11): 1142-1150.
48. Lim, G. Y., Tam, W. W., Lu, Y., et al. Prevalence of Depression in the Community from 30 Countries between 1994 and 2014. *Scientific Reports*. 2018; 8(1): 2861
49. Shah, S. M. A., Mohammad, D., Qureshi, M. F. H., et al. Prevalence, Psychological Responses and Associated Correlates of Depression, Anxiety and Stress in a Global Population, During the Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic. *Community Ment Health J*. 2021; 57(1): 101-110.
50. Kuehner C. Why is depression more common among women than among men? *Lancet Psychiatry*. 2017; 4(2): 146-158.
51. Rao, M. E., Rao, D. M. The Mental Health of High School Students During the COVID-19 Pandemic. *Frontiers in Education*. 2021; 6.
52. Chouinard E, Walter S. Recall bias in case-control studies: an empirical analysis and theoretical framework. *J Clin Epidemiol*. 1995 Feb;48(2):245-54.

АНЕКСИ



АНЕКС А ПОЧЕТЕН ИЗВЕШТАЈ

КОНТЕКСТ И ОПФАТ

Светската здравствена организација (СЗО) ја прогласи новата корона вирусна болест (КОВИД-19) за пандемија на 11 март 2020 година. Следствено, земјите во светот почнаа да преземаат мерки за да го запрат вирусот. Сè пообемната научна литература од изминатиот период укажува дека здравственото, социјалното и финансиското влијание на КОВИД-19 имало загрижувачки психолошки ефекти врз општата популација и функционирањето на семејствата ширум светот [1]. Најчесто пријавени биле психичките симптоми на анксиозност и депресија, при што адолесцентите се издвојуваат како особено ранлива група за проблеми со менталното здравје [2]. Истражувањата покажуваат дека проценката на тоа како пандемијата на КОВИД-19 влијае врз менталното здравје на семејствата е важна алатка при планирање соодветни одговори на здравствени кризи [3]. Но, во моментов такви податоци не се достапни на национално ниво во Северна Македонија.

Затоа, опфатот на оваа студија во својот фокус ги има стапките на преваленца на вообичаени проблеми со менталното здравје за време на пандемијата со КОВИД-19 и поврзаните фактори на ризик кај адолесцентите (на возраст 12-18 г.) и нивните старатели. Ова ја ограничува можноста за генерализација на наодите од овие специфични групи, т.е. семејства со адолесцентни деца. Други групи, на пример домаќинства со еден член и семејства со мали деца, се надвор од опфатот на оваа студија. Сепак, специфичниот опфат беше избран заради насоченост кон групите што носат посебно тежок товар од пандемијата со КОВИД-19, како што се наведува во неодамнешниот водечки извештај на УНИЦЕФ [4].

СТРЕМЕЖИ И ЦЕЛИ

Студијата се стреми на национално ниво да собере социодемографски и податоци за менталното здравје од адолесцентите и нивните старатели во однос на пандемијата со КОВИД-19. Собраните податоци ќе се анализираат за да се утврдат стапките на преваленца и главните фактори на ризик поврзани со исходот на лошо

ментално здравје и квалитет на живот кај адолесцентите и старателите во Северна Македонија.

КОНКРЕТНИ ЦЕЛИ

- Да се утврдат стапките на преваленца на вообичаени проблеми со менталното здравје кај адолесцентите и примарните старатели за време на пандемијата со КОВИД-19;
- Да се идентификуваат факторите на ризик за најчестите проблеми со менталното здравје кај адолесцентите и примарните старатели во пандемијата на КОВИД-19;
- Да се идентификуваат факторите на ризик за исходот на слаб квалитет на живот кај адолесцентите и примарните старатели во пандемијата на КОВИД-19;
- Да се понудат препораки засновани на докази за стратегии на превенција и интервенција при проблеми со менталното здравје.

ПОПУЛАЦИЈА

КРИТЕРИУМИ ЗА ВКЛУЧУВАЊЕ И ИСКЛУЧУВАЊЕ

Примерокот ќе се состои од адолесценти (на возраст од 12 до 18 години) и нивните примарни старатели (на возраст од ≥ 18 години). Дополнителни критериуми за вклучување на адолесцентите и старателите се: доколку 1) живеат во исто домаќинство, 2) имаат пристап до телефон, 3) знаат доволно македонски или албански јазик и 4) обезбедат писмена информирана согласност. Не се оценуваат специфични критериуми за исклучување.

ПРЕСМЕТКА НА ГОЛЕМИНАТА НА ПРИМЕРОКОТ

Минималната потребна големина на примерок за студијата за преваленца се пресметува врз основа на очекуваната стапка на преваленца на чести проблеми со менталното здравје, како што се депресија и анксиозност, која изнесува 30% [5], со прецизност $\tau_2 = 0,05$ и степен на сигурност $\alpha = 0,95$. Затоа, треба да се изберат најмалку 646 учесници (323 примарни старатели, 323 адолесценти). Оваа големина на примерокот е доволна и за да се истражат факторите на ризик. Меѓутоа, бидејќи се очекува значителен број луѓе да се откажат од анкетата, може да се изберат и повеќе учесници од оваа минимална големина на примерокот. Конечно, може да се смета дека оваа големина на примерок е изводлива, бидејќи моментално има околу 144.855 адолесценти на возраст од 12 до 18 години во Северна Македонија, врз основа на скорешниот попис [6].

ДИЗАЈН НА СТУДИЈАТА

Предложената студија претставува вкрстена опсервациска студија на национално-репрезентативен примерок од адолесценти и нивните старатели. Во соработка со Бирото за развој на образованието, избирањето ќе се врши во основни и средни

училишта од претходно избрани градови/населени места, кои се репрезентативни за различни региони на Северна Македонија, како и со вклучување адолесценти и старатели од различно социо-економско потекло. Рамката за примерокот ќе се заснова на паралелки избрани за да го опфатат поголемиот дел старосни групи од целната популација. Соодветно на тоа, паралелките од основно училиште се очекува да покриваат возраст од 12 до 14 години (VII до IX одделение), додека паралелките во средно училиште се очекува да покриваат возраст од 15 до 18 (од I до IV година). Табелата 1 го прикажува минималниот потребен број за избор по локација.

ТАБЕЛА 1. СТРАТЕГИЈА ЗА ИЗБОР КАЈ МИНИМАЛНА ГОЛЕМИНА НА ПРИМЕРОК ПО ЛОКАЦИЈА

| Локација | Училиште | Адолесценти (N) | Примарни старатели (N) |
|----------------------|------------------|-----------------|------------------------|
| Скопско подрачје | Основно училиште | 27 | 27 |
| | Средно училиште | 27 | 27 |
| Кумановско подрачје | Основно училиште | 27 | 27 |
| | Средно училиште | 27 | 27 |
| Гостиварско подрачје | Основно училиште | 27 | 27 |
| | Средно училиште | 27 | 27 |
| Битолско подрачје | Основно училиште | 27 | 27 |
| | Средно училиште | 27 | 27 |
| Штипско подрачје | Основно училиште | 27 | 27 |
| | Средно училиште | 27 | 27 |
| Струмичко подрачје | Основно училиште | 27 | 27 |
| | Средно училиште | 26 | 26 |
| Вкупно N | | 323 | 323 |

СТУДИСКИ ТИМ

Студијата ќе ја водат четворица виши истражувачи и двајца нижи истражувачи, како главен тим. Ќе бидат ангажирани вкупно 20 теренски истражувачи кои ќе се обучат за процедури на информирана согласност, собирање податоци, ревизија на целосноста на собраните податоци и внесување податоци. Меѓу теренските истражувачи ќе има психијатри на почеток од кариерата, психијатри-специјализанти, психолози и социјални работници. Тие ќе бидат достапни на телефон или преку

личен контакт со учесниците, со цел да се понуди помош околу постапката за информациона согласност и околу пополнување на анкетите. Профилите на вишите и нижите истражувачи се дадени во Додаток А.

ПОСТАПКИ

Студијата ќе се спроведува на македонски, албански и турски јазик, а серијата прашалници ќе биде преведена на трите јазици. Процесот на транскултурен превод и адаптација на инструментите ќе следи неколку чекори: превод и адаптација од двојазични експерти; преглед од стручњак за ментално здравје; дискусии во фокус-групи; когнитивно тестирање; триангулација и интегрирање на квалитативните наоди; интервјуа спроведени од обучени професионалци за ментално здравје и истражувачи.

Теренските истражувачи ќе им ги пренесат информациите за студијата на примарните старатели и адолесцентите. Претставниците од Бирото за развој на образованието, училишниот кадар, примарните старатели и адолесцентите ќе добијат претходни информации за целите и процедурите на студијата преку истражувачкиот тим. Теренските истражувачи ќе земат основни информации за контакт (име, телефонски број и/или е-пошта) од адолесцентите и примарните старатели кои дале писмена информациона согласност. Информациите за лична идентификација, како имињата и адресите на е-пошта, ќе се користат само за контакт со учесниците и ќе се чуваат независно од податоците за главните параметри на студијата.

Кога ќе дадат согласност, учесниците ќе добијат анкетен формулар на хартија, кој подоцна ќе го соберат теренските истражувачи. Табелата 2 ја прикажува временската рамка за предложените активности. Одговорите на адолесцентите и нивните поединечни старатели ќе бидат поврзани преку единствени четирицифрени нумерички кодови. Пред да се започне со собирање податоци, инструментите и постапката ќе се истестираат во една паралелка. Врз основа на податоците и искуствата од пилот-фазата, истражувачкиот тим ќе одлучи дали се потребни прилагодувања на дизајнот и постапките.

ТАБЛА 2. Временска рамка на предложените активности

| Временска рамка (2022) | Активност | Одговорно лице |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| <i>Февруари</i> | Преглед на литературата и адаптација на мерењата | Виши и нижи истражувачи |
| <i>Март – април</i> | Етичко одобрение и одобрение од Министерството за образование (Бирото за развој на образованието) | Виши и нижи истражувачи |
| <i>Март</i> | Обука на нижите истражувачи | Виши и нижи истражувачи |

| | | |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------|
| <i>Април</i> | Споделување информации со избраните училишта и училишен кадар | Виши и нижи истражувачи |
| <i>Април – мај</i> | Избирање учесници | Теренски истражувачи |
| <i>Април – јуни</i> | Собирање и внесување податоци | Теренски истражувачи |
| <i>Јули – август</i> | Анализирање податоци | Виши и нижи истражувачи |
| <i>Август – септември</i> | Подготовка на извештај | Виши и нижи истражувачи |
| <i>Октомври</i> | Дисеминација на резултатите | Виши и нижи истражувачи |

ВАРИЈАБЛИ НА СТУДИЈАТА

СОЦИОДЕМОГРАФИЈА

Социодемографските информации ќе се собираат преку самостојно одговарање од страна на адолесцентите и старателите, и тоа околу возраста (нумеричко прашање); полот (категоричко); локацијата (отворено); етничката припадност (категоричко); степенот на образование (категоричко); работниот статус (категоричко); бројот на лица во домаќинството (нумеричко); семејното искуство со КОВИД-19 (категоричко), присуството на хронични заболувања во семејството (категоричко) и потребата од услуги за ментално здравје во време на пандемијата (категоричко). И од адолесцентите и од старателите ќе се побара да ја оценат зачестеноста на меѓучовечко насилство (редно) и суровите практики на родителство (редно). Старателите конкретно ќе ја наведат и својата поврзаност со детето (категоричко). Избраните прашања се дадени во Додаток Б.

МЕНТАЛНО ЗДРАВЈЕ

Симптомите на депресија кај старателите ќе се проценуваат со помош на Прашалникот за здравје на пациентите (Patient Health Questionnaire: PHQ-9). PHQ-9 е прашалник за самопријавување со кој се проценува присуството и сериозноста на симптомите на депресија кај возрасни лица. Се оценуваат 9 прашања на Ликертовата скала од 4 точки – од „никако“ до „скоро секојдневно“. Вкупните резултати се движат од 0 до 27, при што повисоките резултати укажуваат на потешки депресивни симптоми [7]. Исто така, достапни се граничните резултати за PHQ-9 [8].

Симптомите на депресија кај адолесцентите ќе се проценуваат со користење на верзијата PHQ-9 модифицирана за адолесценти (PHQ-9M). PHQ-9M е прашалник кој испитаниците сами го одговараат, а со кој се проценува присуството и сериозноста на симптомите на депресија кај адолесцентите. Се оценуваат 9 прашања на

Ликертова скала од 4 точки – од „никако“ до „скоро секојдневно“. Вкупните резултати се движат од 0 до 27, при што повисоките резултати укажуваат на потешки депресивни симптоми. Освен тоа, PHQ-9M го проценува траењето на депресијата во текот на целата година, функционалните нарушувања поврзани со депресијата, како и самоповредувачките идеи и однесување [9]. Граничните резултати се исто така достапни за PHQ-9M [10].

Симптомите на анксиозност кај адолесцентите и старателите ќе се проценуваат со помош на прашалникот за Проценка на генерализирано анксиозно растројство (ГАД-7). ГАД-7 е прашалник кој испитаниците сами го одговараат, а со кој се проценува сериозноста на симптомите на анксиозност. Се оценуваат 7 прашања на Ликертова скала од 4 точки – од „никако“ до „скоро секојдневно“. Вкупните резултати се движат од 0 до 21, при што повисоките резултати укажуваат на потешки симптоми на анксиозност [11]. Граничните резултати се исто така достапни за ГАД-7 кај возрасни [11] и адолесценти [12].

Стравот од пандемијата на КОВИД-19 ќе се проценува со помош на Скалата на страв од КОВИД-19 (FCV-19S). FCV-19S е прашалник кој испитаниците сами го одговараат, а се состои од 7 прашања со понудени одговори на Ликертова скала со 5 точки – од „воопшто не се согласувам“ до „сосема се согласувам“. Вкупните резултати се движат од 7 до 35, при што повисоките резултати укажуваат на посериозен страв поврзан со КОВИД-19. Со прашалникот ќе се процени стравот поврзан со КОВИД-19 и кај старателите и кај адолесцентите [13].

КВАЛИТЕТ НА ЖИВОТ

Квалитетот на живот ќе се проценува со помош на Скалата на СЗО за квалитет на живот (WHOQOL-BREF). WHOQOL-BREF е прашалник кој испитаниците сами го одговараат и го проценува квалитетот на животот во однос на четири области (физичко здравје, психолошко здравје, социјални односи, животна средина), а содржи и прашања за вкупната перцепција на здравјето и квалитетот на живот. Се оценуваат 26 прашања на Ликертова скала од 5 точки – „не се согласувам“ до „сосема се согласувам“, при што повисоките резултати укажуваат на повисок квалитет на живот [14]. Избраните прашалници се дадени во Додаток Б.

АНАЛИЗА НА ПОДАТОЦИ

Податоците ќе ги анализира биостатистичар од Медицинскиот факултет при Универзитетот Св. Кирил и Методиј, Скопје. Тие ќе се опишат со пресметување суми и проценти за категоричните варијабли, а со средни вредности (M) и стандардни девијации (SD) за континуираните варијабли. Поврзаноста меѓу социодемографските податоци, менталното здравје и резултатите за квалитетот на живот ќе се испита со независни t-тестови, Хи-квадрат тестови, АНОВА, и регресивни анализи. Анализите ќе се вршат збирно, како и компаративно за специфични подгрупи (на пр., жени/мажи). Статистичката значајност ќе биде утврдена на $\alpha=0,95$. Поточно, стапките на преваленца на состојбите на ментално здравје ќе се пресметуваат како процент од вкупните примероци (адолесценти, старатели) со умерено тешка

депресија или анксиозност, според утврдените гранични точки на самопријавените мерења (PHQ-9, PHQ -9M, ГАД-7). Ќе се обрне посебно внимание на истражување родови разлики преку логистички регресивни анализи. Факторите на ризик од симптоми на лошо ментално здравје и намален квалитет на живот ќе се истражуваат преку повеќеваријантни регресивни анализи, при што избраните фактори на ризик (на пр., пол, малтретирање на децата, страв од КОВИД-19) се внесени како предиктори. Една истражувачка матрица е дадена во Додаток Ц.

ЕТИЧКИ РАЗМИСЛУВАЊА

Пред да се започне со избирање и собирање податоци, студијата ќе добие законско и етичко одобрение од Медицинскиот факултет при Универзитетот Св. Кирил и Методиј, Скопје. Етичките размислувања ќе се земаат предвид во текот на целиот процес на проучување. Соодветната студиска документација (прашалници, формулар за информирана согласност, информативно писмо) ќе биде доставена за одобрување до етичката комисија на Медицинскиот факултет при Универзитетот Св. Кирил и Методиј, Скопје. Универзитетската клиника за психијатрија – Скопје ќе бара од Министерството за образование и наука дозвола за избирање учесници во основните и средните училишта.

Како што се наведува во Нормите и стандардите на УНЕГ, истражувачите ќе покажат разбирање за уверувањата, манирите и обичаите, и ќе постапуваат со интегритет и чесност во односите со сите засегнати страни, ќе се однесуваат со почит во своите контакти со поединците, ќе ја заштитат анонимноста и доверливоста на личните информации, и ќе пријават конкретни или потенцијални конфликти на интерес.

Учесниците не се вклучени во изработката и дизајнот на студијата, ниту во изборот на излезните мерења. Засегнатите страни ја поддржуваат и олеснуваат комуникацијата со училиштата и релевантниот кадар, го поддржуваат избирањето на учесниците и даваат повратни коментари за структурата и процедурите на истражувањето.

ПОСТАПКИ ЗА ИНФОРМИРАНА СОГЛАСНОСТ

Процесот на идентификување адолесценти и старатели од различна возраст, место на живеење и образовно ниво ќе следи стандардна процедура, со цел да се обезбеди информирана согласност за учество во студијата (информативно писмо во кое се презентира процесот, заштитата на приватноста и доверливоста на информациите, проследено со вербална комуникација за прашањата во инструментите). Учесството во истражувањето е доброволно, а мислењата ќе бидат анонимно презентирани во извештајот.

Ќе се бара вербална и писмена информирана согласност од старателите, како и од адолесцентите на возраст од 14 или повеќе години. Ќе се бара вербална и писмена информирана согласност од старателите на адолесценти на возраст од 12-13 години. Формуларот за информирана согласност ќе биде придружен со ин-

формативно писмо, со цел да се информираат старателите и адолесцентите за целта и постапките на студијата. Исто така, ќе содржи информации за контакт и броеви за итна помош во случај на потреба. Анкетата ќе биде пополнета анонимно, без вклучување на лични податоци што може да се идентификуваат, а ќе биде објаснета и можноста за повлекување од студијата во секое време. Информативното писмо и формуларот за информирана согласност се дадени во Додаток Д.

СЛЕДЕЊЕ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

Безбедноста, етиката и истражувачките практики за заштита на податоците ќе ги надгледува Советодавен одбор кој е независен од истражувачкиот тим и од содржината на истражувачкиот проект. Членовите на Советодавниот одбор присуствуваат и учествуваат на закажаните состаноци со тимот и самостојно даваат редовни насоки, увид и препораки во врска со практиките, ресурсите, должностите, приоритетите и комуникациите поврзани со истражувањето. Советодавниот одбор е составен од три члена, избрани врз основа на нивното професионално искуство и призната извонредност од областа на истражувањето и практиката за ментално здравје во земјата. Профилот на членовите на советодавниот одбор е даден во Додаток А.

КОНТРОЛА НА КВАЛИТЕТОТ

Контролата на квалитетот на целиот истражувачки процес (вклучувајќи ги изработката на истражувањето, собирањето податоци, анализата, толкувањето и дисеминацијата на податоците) ќе ја надгледува меѓународен консултант. Меѓународниот консултант е избран врз основа на своето меѓународно и регионално искуство во истражувања за менталното здравје. Профилот на меѓународниот консултант е даден во Додаток А.

ДОНАТОР

Донаторот на истражувањето не е и нема да биде вклучен во изработката на истражувањето, собирањето податоци, анализата и толкувањето на податоците. Донаторот ќе даде насоки во однос на структурата на финалниот проектен извештај, но нема да учествува во запишувањето на резултатите од истражувањето. Донаторот ќе помогне во комуникацијата со соработниците, како и во дисеминацијата на резултатите до локални и меѓународни чинители и креатори на политики.

РИЗИЦИ И СТРАТЕГИИ ЗА НИВНО УБЛАЖУВАЊЕ

| Ризик | Влијание | Веројатност | Стратегии за ублажување на ризикот |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Барииери што може да предизвикаат доцнења и да го попречат спроведувањето на предвидените активности и собирањето податоци | Ниско | Ниска | Се очекува сегашната состојба со КОВИД-19 да има мало до многу ограничено влијание врз спроведувањето на активностите. Најмногу се очекува да има влијание врз форматот, на пр., некои состаноци/обуки да се одржуваат преку онлајн-платформа наместо вообичаените состаноци и обуки. Ќе се следат сите мерки наметнати од властите и тимот ќе се погрижи пристапот за собирање податоци да е во согласност со мерките за КОВИД-19 и за превенција на заразата, имајќи ја предвид состојбата со КОВИД-19 во земјата. За да се потпомогне собирањето податоци, ќе се ангажираат вкупно 20 теренски истражувачи и ќе се обучат да собираат податоци. |
| Анонимност и доверливост | Средно | Ниска | Сите информации собрани во процесот ќе бидат направени во согласност со етичките стандарди за истражување, евалуација, собирање податоци и анализа. Истражувањето ќе ги следи етичките стандарди при преземање истражувачки активности, како што е опишано во делот за етички стандарди од предлогот. |
| Недоволна соработка и учество на релевантните институции и актери | Средно | Ниска | При спроведување на планираните активности, тимот треба да се консултира со различни национални институции за да ги добие потребните податоци и информации. Со оглед на угледот на УНИЦЕФ и Универзитетската клиника за психијатрија – Скопје, не се очекува да има тешкотии во овој поглед. Сепак, тимот ќе комуницира со УНИЦЕФ и ќе бара поддршка да добие учество и вклученост од страна на релевантните актери. Ќе се планираат и активности во координација со Бирото за развој на образованието и Министерството за образование и наука, со што ќе се овозможи полесен пристап до училиштата и одговорниот кадар. |

КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА

1. Necho, M., Tsehay, M., Birkie, M., Biset, G. and Tadesse, E., 2021. Prevalence of anxiety, depression, and psychological distress among the general population during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Social Psychiatry*, 67(7), pp.892-906.
2. Merikangas, K., Nakamura, E. and Kessler, R., 2009. Epidemiology of mental disorders in children and adolescents, *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11(1), pp.7-20.
3. Solmi, M., Estradé, A., Thompson, T., Agorastos, A., Radua, J., Cortese, S., Dragioti, E., Leisch, F., Vancampfort, D., Thygesen, L.C. and Aschauer, H., 2022. Physical and mental health impact of COVID-19 on children, adolescents, and their families: The Collaborative Outcomes study on Health and Functioning during Infection Times-Children and Adolescents (COH-FIT-C&A). *Journal of affective disorders*, 299, pp.367-376.
4. United Nations Children's Fund, *The State of the World's Children 2021: On My Mind – Promoting, protecting and caring for children's mental health*, UNICEF, New York, October 2021.
5. Zhang, S.X., Miller, S.O., Xu, W., Yin, A., Chen, B.Z., Delios, A., Dong, R.K., Chen, R.Z., McIntyre, R.S., Wan, X. and Wang, S., 2022. Meta-analytic evidence of depression and anxiety in Eastern Europe during the COVID-19 pandemic. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(1), p.2000132.
6. Republic of North Macedonia State Statistical Office, 2021. *Census of Population, Households and Dwellings in the Republic of North Macedonia*. Available at: mak-stat.gov.mk
7. Kroenke, K. and Spitzer, R.L., 2002. The PHQ-9: A new depression and diagnostic severity measure. *Psychiatric Annals*, 32, pp. 509-521.
8. Manea, L., Gilbody, S. and McMillan, D., 2012. Optimal cut-off score for diagnosing depression with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): a meta-analysis. *CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 184(3), pp.191–196.
9. Johnson, J. G., Harris, E. S., Spitzer, R. L., and Williams, J. B., 2002. The Patient Health Questionnaire for adolescents: validation of an instrument for the assess-

ment of mental disorders among adolescent primary care patients. *Journal of Adolescent Health*, 30, pp.196–204.

10. Nandakumar, A.L., Vande Voort, J.L., Nakonezny, P.A., Orth, S.S., Romanowicz, M., Sonmez, A.I., Ward, J.A., Rackley, S.J., Huxsahl, J.E. and Croarkin, P.E., 2019. Psychometric properties of the patient health questionnaire-9 modified for major depressive disorder in adolescents. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 29(1), pp.34-40.
11. Spitzer, R.L., Kroenke, K., Williams, J.B.W. and Löwe, B., 2018. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder. The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), pp. 1092-1097.
12. Mossman, S.A., Luft, M.J., Schroeder, H.K., Varney, S.T., Fleck, D.E., Barzman, D.H., Gilman, R., DelBello, M.P. and Strawn, J.R., 2017. The Generalized Anxiety Disorder 7-item (GAD-7) scale in adolescents with generalized anxiety disorder: signal detection and validation. *Annals of clinical psychiatry: official journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, 29(4), p.227.
13. Ahorsu, D. K., Lin, C. Y., Imani, V., Saffari, M., Griffiths, M. D., & Pakpour, A. H., 2020. The Fear of COVID-19 Scale: Development and Initial Validation. *International Journal of Mental Health and Addiction*, pp. 1–9.
14. World Health Organization, 2004. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Quality of Life Research*, 13(2), pp. 299-310.

АНЕКС Б

ИНСТРУМЕНТИ НА СТУДИЈАТА

СОЦИОДЕМОГРАФСКИ ПРАШАЊА

1. Колку години имате? (нумеричко)
2. Кој е вашиот пол? (машки/женски)
3. Каква е вашата поврзаност со детето? (мајка, татко, законски старател, друго)
4. Кое е вашето место на живеење? (отворено)
5. Која е вашата етничка припадност? (македонска, албанска, турска, ромска, бошњачка, српска, друга)
6. Кој е вашиот највисок степен на завршено образование? (ученик во основно училиште, ученик во средно училиште, завршено основно образование, завршено средно образование, завршен факултет, друго)
7. Каков е вашиот работен статус? (вработен на неопределено време, вработен на определено време, невработен, друго)
8. Колку лица што живеат во вашиот дом се на возраст под 18 години? (нумеричко)
9. Колку лица што живеат во вашиот дом се на возраст од 18 и над 18 години? (нумеричко)
10. Каково беше искуството на вашето семејство со КОВИД-19 (изберете ги сите соодветни одговори) (Јас се заразив; Член на моето семејство се зарази; Бев хоспитализиран/а; Член на моето семејство беше хоспитализиран; Член на моето семејство почина; Член на моето семејство имаше финансиски тешкотии; Член на моето семејство имаше емоционални тешкотии; Друго)
11. Вклучувајќи ве и вас, доколку е применливо, дали има член во вашето семејство со хронична болест (на пр., срцеви проблеми, дијабет, деменција, рак итн.)? (Да/Не)
12. Кој најмногу ви помогна за време на пандемијата со КОВИД-19? (Семејството, партнерот; Пријателите; Стручна помош; Друго)
13. Дали вам или на член од вашето семејство ви беше потребна помош со менталното здравје за време на пандемијата со КОВИД-19? (Да/Не)
14. Дали вие или член на вашето семејство посетивте професионалец за ментално здравје за време на пандемијата со КОВИД-19 (на пр., психолог или психијатар)? (Да/Не)

СЕМЕЈНИ ОДНОСИ (СТАРАТЕЛ)

1. За време на пандемијата со КОВИД-19, колку често го удиравте или го туркавте вашиот партнер? (Никогаш; Ретко; Понекогаш; Често; Многу често; Немам партнер)
2. За време на пандемијата со КОВИД-19, колку често вашиот партнер ве удираше или ве туркаше? (Никогаш; Ретко; Понекогаш; Често; Многу често; Немам партнер)
3. За време на пандемијата со КОВИД-19, колку често му викавте или го навредувавте вашиот партнер? (Никогаш; Ретко; Понекогаш; Често; Многу често; Немам партнер)
4. За време на пандемијата со КОВИД-19, колку често вашиот партнер ви викаше или ве навредуваше? (Никогаш; Ретко; Понекогаш; Често; Многу често; Немам партнер)
5. За време на пандемијата со КОВИД-19, колку често ги применувавте следниве дисциплински техники за да се справите со однесувањето на вашето дете:
 - а. Удирање или туркање (Никогаш; Ретко; Понекогаш; Често; Многу често)
 - б. Викање или навредување (Никогаш; Ретко; Понекогаш; Често; Многу често);
 - в. Забранување нешто, на пр., телефон, интернет, игри, ТВ, излегување (Никогаш; Ретко; Понекогаш; Често; Многу често);
 - г. Зборување за постапките и нивните последици (Никогаш; Ретко; Понекогаш; Често; Многу често).

СЕМЕЈНИ ОДНОСИ (АДОЛЕСЦЕНТ)

1. За време на пандемијата со КОВИД-19, колку често меѓусебно се удираа или се туркаа твоите родители? (Никогаш; Ретко; Понекогаш; Често; Многу често; Мојот родител нема партнер)
2. За време на пандемијата со КОВИД-19, колку често меѓусебно се навредуваа или си викаа твоите родители? (Никогаш; Ретко; Понекогаш; Често; Многу често; Мојот родител нема партнер)
3. За време на пандемијата со КОВИД-19, колку често твојот родител ги користеше следниве техники за да се справи со твоето однесување:
 - а. Физичка казна (Никогаш; Ретко; Понекогаш; Често; Многу често);
 - б. Викање или навредување (Никогаш; Ретко; Понекогаш; Често; Многу често);

- в. Забранување нешто, на пр., телефон, интернет, игри, ТВ, излегување (Никогаш; Ретко; Понекогаш; Често; Многу често);
- г. Зборување за постапките и нивните последици (Никогаш; Ретко; Понекогаш; Често; Многу често).

ПРАШАЛНИК ЗА ОПШТОТО ЗДРАВЈЕ (PHQ-9)

| Во последниве 2 седмици, колку често ви се јавуваа следниве проблеми? (Користете „✓“ за означување на одговорот) | | Воопшто не | Неколку дена | Над половина денови | Скоро секојдневно |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------|---------------------|-------------------|
| 1 | Слаб интерес или мало задоволство од правење работи | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2 | Чувство на тага, депресија или безнадежност | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3 | Проблеми при заспивање, проблеми со сонот или предолго спиење too much | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4 | Чувство на умор или немање многу енергија | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5 | Слаб апетит или прекумерно јадење | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6 | Чувство на презир кон себе, чувство на неуспех или разочарување на семејството | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7 | Тешкотии со концентрацијата, како на пример, при читање весник или гледање телевизија | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8 | 8. Бавно движење или зборување дотолку што други можеле да забележат? Или спротивното – немир и нервоза поради кои се движите многу повеќе од вообичаено | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9 | Помисла дека подобро би било да не сте живи или некако да се самоповредите? | 0 | 1 | 2 | 3 |

Ако означивте некои од овие проблеми, колку тие ви отежнале да работите, да се грижите за домот или да се сложувате со другите луѓе?

| | | | |
|-----------------------|------------------|------------------|-------------------|
| Воопшто не ми отежнаа | Малку ми отежнаа | Многу ми отежнаа | Крајно ми отежнаа |
|-----------------------|------------------|------------------|-------------------|

ПРАШАЛНИК ЗА ЗДРАВЈЕТО НА ПАЦИЕНТИ – МОДИФИЦИРАН ЗА ТИНЕЈџЕРИ (PHQ-A)

| Во последниве 2 седмици, колку често ви се јавуваа следниве проблеми? | | Воопшто не | Неколку дена | Над половина денови | Скоро секојдневно |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------|---------------------|-------------------|
| 1 | Слаб интерес или мало задоволство од правење работи? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2 | Чувство на тага, депресија или безнадежност? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3 | Проблеми при заспивање, проблеми со сонот или предолго спиење? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4 | Чувство на умор или немање многу енергија? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5 | Слаб апетит или прекумерно јадење? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6 | Чувство на презир кон себе, чувство на неуспех или разочарување на семејството? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7 | Тешкотии со концентрацијата, како на пример при училишна работа, читање или гледање телевизија? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8 | Бавно движење или зборување дотолку што други можеле да забележат? Или спротивното – немир и нервоза поради кои се движите многу повеќе од вообичаено? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9 | Помисла дека подобро би било да те нема или да се самоповредиш? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10 | Ако доживувате некои од проблемите, колку тие ви отежнале да работите, да се грижите за домот или да се сложувате со другите луѓе? | Воопшто не ми отежнаа | Малку ми отежнаа | Многу ми отежнаа | Крајно ми отежнаа |
| 11 | Во последнава година, дали повеќето денови сте се чувствувале депресивно или тажно, дури и ако понекогаш сте се чувствувале добро? | Да | Не | | |
| 12 | Дали во последниов месец си имал размислувања да си наштетиш себе си? | Да | Не | | |
| 13 | Дали некогаш во својот живот си се обидел да си наштетиш себе си? | Да | Не | | |

ПРОЦЕНКА НА ГЕНЕРАЛИЗИРАНО АНКСИОЗНО РАСТРОЈСТВО (ГАД-7)

| | Во последниве 2 седмици, колку често ви се јавуваа следниве проблеми? | Воопшто не | Неколку дена | Над половина денови | Скоро секој ден |
|---|-----------------------------------------------------------------------|------------|--------------|---------------------|-----------------|
| 1 | Чувство на нервоза, анксиозност или иритираност | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2 | Неможност да ја запрете или контролирате загриженоста | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3 | Преголема загриженост за различни работи | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4 | Тешкотии да се опуштите | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5 | Толкаво неспокојство што ви е тешко да седите мирно | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6 | Лесно се нервирате или сте раздразливи | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7 | Страв дека може да се случи нешто ужасно | 0 | 1 | 2 | 3 |

СКАЛА НА СТРАВ ОД КОВИД-19 (FCV-19S)

| | | Воопшто не се согласувам | Не се согласувам | Неутрално | Се согласувам | Сосема се согласувам |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------------|-----------|---------------|----------------------|
| 1 | Најмногу се плашам од Корона. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2 | Непријатно ми е да мислам на Корона. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3 | Ми се потат дланките кога мислам на Корона. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | Се плашам дека ќе го загубам животот поради Корона. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | Кога гледам вести и стории за Корона на социјалните мрежи, станувам нервозен/зна или анксиозен/на. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | | |
|---|-----------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 6 | Не можам да спијам од што се грижам да не се заразам со Корона. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | Срцето ми бие или забрзува кога мислам дека ќе добијам Корона. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

СКАЛА НА СЗО ЗА КВАЛИТЕТ НА ЖИВОТ (WHOQOL-BREF)

Ве молиме прочитајте го прашањето, размислете за вашите чувства во последните две недели и заокружете го бројот на скалата што најдобро го отсликува вашиот одговор на секое прашање.

| | | Многу лош | Лош | Ниту лош ниту добар | Добар | Многу добар |
|---|------------------------------------------------|-------------------|-------------------|---------------------------------|-----------|-----------------|
| 1 | Како би го оцениле квалитетот на вашиот живот? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | Многу незадоволни | Доста незадоволни | Ниту задоволни ниту незадоволни | Задоволни | Многу задоволни |
| 2 | Колку сте задоволни со вашето здравје? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Следниве прашања се за тоа колку сте доживеале одредени работи во **последните две недели.**

| | | Воопшто | Малку | Умерено | Во голема мера | Во екстремна мера |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------|---------|----------------|-------------------|
| 3 | Во колкава мера сметате дека физичката болка ве спречува да го правите она што треба? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | | |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 4 | Колку ви е потребен медицински третман за да функционира-те во секојдневниот живот? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | Колку уживате во животот? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | Во колкава мера сметате дека живо-тот ви е значаен? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | Колку добро можете да се концентрирате? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 | Колку безбедно се чувствувате во секојдневниот живот? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 | Колку е здрава вашата физичка околина? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | | |
|--|--|---------|-------|----------|----------------|--------|
| | | Воопшто | Малку | Донекаде | Во голема мера | Сосема |
|--|--|---------|-------|----------|----------------|--------|

| | | | | | | |
|----|--------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 10 | Имате ли доволно енергија за секојдневниот живот? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 | Можете ли да си го прифатите својот телесен изглед? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 | Имате ли доволно пари да ги исполните своите потреби? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13 | Колку ви се достапни информациите што ви требаат во секојдневниот живот? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------|---------------------------------|-----------|-----------------|
| 14 | Во колкава мера имате можност за слободни активности? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | Воопшто | Малку | Донекаде | Многу | Екстремно |
| 15 | Колку добро можете да се движите физички? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <p>Следниве прашања се за тоа колку добро или задоволно сте се чувствувале во поглед на одредени аспекти од својот живот во текот на последните две недели.</p> | | | | | | |
| | | Многу незадоволни | Доста незадоволни | Ниту задоволни ниту незадоволни | Задоволни | Многу задоволни |
| 16 | Колку сте задоволни од вашиот сон? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17 | Колку сте задоволни од способноста да ги извршувате секојдневните активности? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18 | Колку сте задоволни со капацитетот за работа? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19 | Колку сте задоволни со себе? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20 | Колку сте задоволни со личните односи? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21 | Колку сте задоволни со сексуалниот/љубовен живот? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22 | Колку сте задоволни со поддршката што ја добивате од пријателите? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23 | Колку сте задоволни со условите во вашето живалиште? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | | |
|----|---------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 24 | Колку сте задоволни со пристапот до здравствени услуги? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25 | Колку сте задоволни со превозот? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Следното прашање се однесува на тоа **колку често** сте почувствувале или доживеале одредени нешта во последните две недели.

| | | Никогаш | Ретко | Понекогаш | Често | Секогаш |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------|-----------|-------|---------|
| 26 | Колку често имате негативни чувства, како на пример разочараност, очај, анксиозност или депресија? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

АНЕКС Ц

ИНФОРМАТИВЕН ЛЕТОК (НА МАКЕДОНСКИ)

| | |
|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Наслов: | Влијанието на пандемијата COVID-19 врз менталното здравје на семејствата во Северна Македонија |
| Главен истражувач: | Доц. Д-р Стојан Бајрактаров, ЈЗУ УК за Психијатрија - Скопје |
| Етичко одобрение: | Етичка комисија, Медицински факултет, Универзитет „св Кирил и Методиј“ Скопје |
| Спонзор: | УНИЦЕФ |

Поканети сте да учествувате во истражување за влијанието на пандемијата со COVID-19 врз менталното здравје на семејствата во Северна Македонија. Ве молиме одвојте време да ги прочитате информациите од овој документ. Доколку некој термин не ви е јасен, ве молиме обратете се до истражувачот кој ви го подели овој информативен документ.

Која е целта на истражувањето?

Истражувањето има за цел да дознае повеќе за менталното здравје на адолесцентите и нивните родители во врска со пандемијата со COVID-19. Преку собраните податоци очекуваме повеќе да дознаеме за менталното здравје и влијателните фактори на семејствата во Северна Македонија поврзани со пандемијата со COVID-19.

Кој може да учествува во истражувањето?

Во истражувањето може да учествуваат млади на возраст од 12-18 години, заедно со еден нивен полнолетен родител/ старател (18 години и повеќе). Потребно е младото лице и родителот/ старателот да живеат во исто домаќинство, да имаат пристап до телефон и да дадат согласност за учество. Во истражувањето се очекува да учествуваат над 636 млади и нивните родители/ старатели од повеќе градови/ региони во Северна Македонија. Младите и нивните родители/ старатели ќе бидат контактирани преку основните и средни училишта во државата.

Што се очекува од мене во ова истражување?

Доколку земете учество во истражувањето, ќе ви биде доставен формулар со прашања кој се очекува да го пополните на само и да го вратите назад кај истражувачот. Ќе ви бидат поставени прашања поврзани со вашата позадина, живот, искуства и односи со членови на семејството во последниот период. На поставените прашања се очекува да ги одберете одговорите кои најдобро ве опишуваат.

Колку време ќе ми биде потребно во ова истражување?

За пополнување на целосниот формулар со прашања ќе би требаат околу 20 минути. Со пополнување на формуларот и негово враќање на истражувачот, вашиот придонес кон истражувањето завршува.

Кој ќе ги види информациите што ќе ги споделам?

Вашиите споделени информации ќе бидат анонимни. Ние ќе ги зачуваме сите формулари на безбедно место и во компјутерска датотека. Само истражувачкиот тим ќе има пристап до овие материјали. Вашето име и вашите лични податоци нема да бидат наведени на ниту едно место на формуларите. Вашиот пополнет формулар ќе има идентификациски код, кој нема да биде поврзан со вашето име или други лични информации. Добиените информации ќе бидат комбинирани со другите семејства и вашиот формулар нема да биде разгледуван индивидуално.

Што ќе се случува со информациите што ќе ги споделам?

Податоците што ќе се добијат од истражувањето ќе бидат објавени во научни списанија или ќе бидат презентирани на научни собири. Никогаш нема да бидат споделени ваши информации кои би го откриле вашиот идентитет без ваша согласност.

Што се случува доколку одлучам да не учествувам?

Вие може да одлучите да го прекинете вашето учество во секое време, без да понудите било какво образложение. Ваквата одлука ќе нема никакви последици врз вас или вашето семејство. Истражувачот навремено ќе сподели нови потенцијални информации, кои може да влијаат на вашиот интерес за продолжување со истражувањето. Ве молиме известете го истражувачот во случај да одлучите да го прекинете вашето учество.

Дали ќе имам некаква придобивка од моето учество?

Вие можеби нема да имате лична придобивка од учеството, но може да придонесете кон информации за менталното здравје на семејствата во државата и со тоа да ги подобрите услугите што ќе произлезат од сознанијата на истражувањето.

Дали ќе бидам изложен на некој ризик со моето учество?

Ризиците од оваа студија не се поголеми од она што се случува во вашиот секојдневен живот. Истражувањето нема да користи интервенции кои би наштетиле на вашето здравје. Исто така, не очекуваме дека вашето учество би довело до други законски или неформални ризици. Во случај на соочување со евентуален проблем за време на вашето учество, ќе биде обезбедена можност да се обратите за натамошна помош или советување. Во овој документ се наведени и дополнителни информации за контакт во случај на потреба.

Дали имам некои финансиски обврски или надоместоци за моето учествово?

Истражувањето е бесплатно и немате никакви финансиски обврски поврзани со вашето учество. Исто така, не се предвидени финансиски надоместоци за вашето учество.

Со кој можам да стапам во контакт во случај на прашања поврзани со моето учествово?

За време на траењето на истражувањето, во случај да имате прашања поврзани со истражувањето, вашите права или имате дополнителни потреби, ве молиме обратете се до одговорното лице:

Одговорен истражувач: Доц. Д-р. Стојан Бајрактаров

Телефонски број: 070 275 306

Е-пошта: stojan.bajraktarov@gmail.com

Што треба да направам доколку сакам да учествувам во истражувањето?

- Потпишете го формуларот за согласност.
- Можете да почекате 3 дена за да одлучите дали сакате да учествувате.

Дополнителни телефонски броеви за итни случаи:

Брза помош: **194**

Полиција: **192**

Линија за жртви на семејно насилство: **141 700**

Линија за жени и деца жртви на семејно насилство: **02 15 700**

Линија за бесплатна правна помош на деца и млади: **0800 12222**

Линија за помош од трговија со луѓе: **0800 11111**

УНИЦЕФ бесплатна линија за родители: **075 230 530**

ФОРМУЛАРИ ЗА ИНФОРМИРАНА СОГЛАСНОСТ (НА МАКЕДОНСКИ)

Согласувајќи се со условите на студијата, изјавувам дека:

- Јас разбираам дека учеството во ова истражување е доброволно.
- Некој од тимот разговараше со мене околу информациите од овој документ и одговори на моите прашања.
- Јас разбираам дека информациите кои ги давам (без личните податоци) може да бидат комбинирани со искуствата на други семејства од државата.
- Јас се согласувам да учествувам во истражувањето.

Јас знам дека:

- Јас можам да се откажам во било кој дел од истражувањето без последици.
- Јас можам да се јавам до одговорното контакт лице (Доц. Д-р Стојан Бајрактаров, тел. 070 275 306) доколку имам прашања за истражувањето, моите права или доколку имам дополнителна потреба поврзана со истражувањето.

Дата (ден/месец/година):

Име и потпис на истражувач (кој го приложува документот):

Потпис на учесникот:

За истражувачот:

Да, лицето се согласува за учество

Не, лицето не се согласува за учество

Копија од Информираната согласност му е дадена на учесникот.

Родител/ старател на адолесцент на возраст од 12-13 години

Согласувајќи се со условите на студијата, изјавувам дека:

- Јас разбираам дека учеството во ова истражување е доброволно.
- Некој од тимот разговараше со мене околу информациите од овој документ и одговори на моите прашања.
- Јас разбираам дека информациите кои моето дете ги дава (без личните податоци) може да бидат комбинирани со искуствата на други семејства од државата.
- Јас се согласувам моето дете (возраст 12-13 години) да учествува во истражувањето.

Јас знам дека:

- Моето дете може да се откаже во било кој дел од истражувањето без последици.
- Јас можам да се јавам до одговорното контакт лице (Доц. Д-р Стојан Бајрактаров, тел. 070 275 306) доколку имам прашања за истражувањето, моите права, правата на моето дете или доколку имам дополнителна потреба поврзана со истражувањето.

Дата (ден/месец/година):

Име и потпис на истражувач (кој го приложува документот):

Потпис на родител/ старател:

За истражувачот:

Да, лицето се согласува за учество

Не, лицето не се согласува за учество

*Копија од Информираната согласност му е дадена на родителот/
старателот.*

АНЕКС Д

УСЛОВИ ЗА РАБОТА (TOR) НА СОВЕТОДАВНИОТ ОДБОР

УЛОГА НА ОДБОРОТ

Советодавниот одбор ќе врши критички надзор и ќе ги советува истражувачите во текот на студијата. Одборот ќе понуди насоки и препораки за истражувачки практики, ресурси, должности, приоритети, комуникација, евидентирање и известување за сомнителни несакани настани, ракување со податоци и водење евиденција.

Поконкретно, одборот ќе биде одговорен за следниве задачи:

- Да советува за целокупното спроведување и напредување на истражувањето
- Да советува за изработката на истражувачките прашања, методи, наоди и исходи
- Да обезбеди надзор врз квалитетот на податоците
- Да советува за етичките прашања
- Да осигури доверливост на информациите што се споделуваат на состаноците
- Да советува за ракувањето со податоците и за водењето евиденција
- Да советува за евидентирање и пријавување сомневања за несакани настани

ЧЛЕНСТВО

- Одборот ќе се состои од 3 члена со минимум магистерска диплома
- Членството ќе вклучува академски претставници и практичари со истражувачко-образовни интереси за темите што се истражуваат во проектот
- Се предвидува членството во одборот да трае сè додека трае истражувачкиот проект
- Состаноци
- Одборот ќе се состанува еднаш на две недели во текот на проектот, 2 часа по состанок
- Состаноците ќе се одржуваат на универзитетската клиника за психијатрија – скопје
- Во текот на проектот може да се комуницира преку електронска пошта, телефон и интернет

АНЕКС Е

УСЛОВИ ЗА РАБОТА (TOR) НА РЕЦЕНЗЕНТСКИОТ ОДБОР

УЛОГА НА ОДБОРОТ

Процесот на рецензија се состои од систем на стручна редакција на научната работа од страна на колеги. Рецензентскиот одбор ќе понуди рецензија на нацрт-извештајот. Преку неа ќе се дадат конструктивни коментари и ќе се обезбедат насоки за подобрување на финалниот извештај од перспектива на истражувачко-научно пишување.

Поконкретно, одборот ќе биде одговорен за следниве задачи:

- да биде консултативен ресурс за истражувачкиот тим
- Да обезбеди висок квалитет на истражување и пишување
- Да понуди стручна редакција на научно-истражувачката работа
- Да даде конструктивни коментари и предлози за подобрување на извештајот

ЧЛЕНСТВО

- Одборот ќе се состои од 3 члена со минимум магистерска диплома
- Членовите треба да умеат да покажат релевантно искуство и компетеност за објавување научни истражувања за темите кои се истражуваат во проектот
- Се предвидува членството во одборот да трае сè додека трае истражувачкиот проект
- Состаноци
- Одборот ќе се состанува од изработката на првиот нацрт на извештајот
- Состаноците ќе се одржуваат на универзитетската клиника за психијатрија – скопје
- Во текот на проектот може да се комуницира преку електронска пошта, телефон и интернет